



Aalto-yliopisto
Kauppakorkeakoulu

TILAAJA-TUOTTAJAMALLI JA PALVELUSETELIMALLI SUOMEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN JÄRJESTÄMISESSÄ

Maisterin tutkielma

Siiri Naumanen

Aalto-yliopiston kauppakorkeakoulu

Economics

Syksy 2019

Tekijä Siiri Naumanen

Työn nimi Tilaaaja-tuottajamalli ja palvelusetelimalli Suomen sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisessä

Tutkinto Kauppatieteiden maisteri

Koulutusohjelma Economics

Työn ohjaaja(t) Otto Toivanen

Hyväksymisvuosi 2019**Sivumäärä** 41**Kieli** Suomi

Tiivistelmä

Julkisten sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä vastuussa olevat kunnat ovat perinteisesti tuottaneet kyseiset palvelut itse. Viime aikoina yksityisen sektorin roolia julkisten sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamisessa on kuitenkin lisätty vastauksena palveluiden kasvavaan kysyntään sekä väestöpohjan muutoksiin, jotka aiheuttavat paineita kuntien ja valtion taloudelle ja kyseenalaistavat hoitoon pääsyn tasapuolisuuden. Markkinoiden kilpailullisuuden lisäämisellä tavoitellaan toiminnan tehostumista ja parempaa kustannusten hallintaa. Jotta tavoitteisiin päästään, kilpailullisen mallin pitäisi välttää vapaiden markkinoiden teoreettiset kompastuskivet: epätäydellisen ja epäsymmetrisen informaation, ulkoisvaikutusten ja julkishyödykkeen piirteiden, sekä epätäydellisen kilpailun tuottamat ongelmat.

Tässä kirjallisuuskatsauksessa tarkastelen kaksien puolittaismarkkinoiden sovellutusten eli julkisesti ohjailtujen mutta kilpailullisia elementtejä sisältävien mallien soveltuvuutta Suomen oloihin. Kyseiset mallit ovat tilaaaja-tuottajamalli, joka perustuu palveluiden tilaajan ja tuottajan roolien erottamiseen toisistaan, sekä palvelusetelimalli, jossa keskeisessä osassa on palvelun käyttäjien valinnanvapaus. Suomalaisen kirjallisuuden perusteella mallien ongelmakohtiksi nousevat kilpailun puute, transaktiokustannusten eli järjestelmän muuttamiseen liittyvien kustannusten kohoaminen korkeammiksi kuin saavutetut hyödyt, sekä tilaaaja-tuottajamallissa tilaajan taidokkuus käyttäjän edustajana ja valinnanvapausmallissa käyttäjän valinnan mahdollisuuden toteutuminen. Tarkat arviot taloudellisista vaikutuksista puuttuvat ja paikallisten kokeilujen vertailtavuus saattaa olla heikko, sillä tutkimusaineisto on vaillinaisen ja järjestelmällistä tutkimusta aiheesta ei ole tehty.

Teoreettisesti puhdas tilaaaja-tuottajamalli, jossa julkiset ja yksityiset tuottajat kilpailevat samoilla markkinoilla, ei vaikuta suoraan soveltuvan Suomen oloihin: yksityisellä tuotannolla on lähinnä julkista tuotantoa tukeva rooli, ja tilaajaosaaminen sekä käyttäjien tarpeiden tunteminen on havaittu puutteelliseksi tilanteissa, joissa tilaaja ja tuottaja on hallinnollisesti eriytetty toisistaan julkisella sektorilla. Kokeiluista saatuja oppeja voidaan kuitenkin hyödyntää palveluiden ostamiseen kuntien oman tuotannon ulkopuolelta. Palvelusetelimalli sen sijaan vaikuttaa soveltuvan Suomeen paremmin, sillä se on käytössä valtaosassa kunnista. Tilaaaja-tuottajamalliin verrattuna palvelusetelimalli on joustavampi, ja luo paremmat edellytykset pienten tuottajien osallistumiseen markkinoille ja kilpailussa menestymiseen. Paikallisten käytäntöjen yhtenäistäminen kansallisesti ja parhaiden käytäntöjen jakaminen voisivat auttaa palvelusetelimallin leviämisessä ja sen merkittävyyden kasvussa entisestään.

Avainsanat sosiaali- ja terveyspalvelut, terveydenhuolto, palveluseteli, puolittaismarkkinat, tilaaja-tuottajamalli

Author Siiri Naumanen

Title of thesis Purchaser-provider split and vouchers in the organisation of Finnish social and health care services

Degree Master of Science

Degree programme Economics

Thesis advisor(s) Otto Toivanen

Year of approval 2019**Number of pages** 41**Language** Finnish

Abstract

In Finland, municipalities are responsible for providing public social and health care services and traditionally, they have produced these services themselves. Lately, municipalities have involved private producers in a greater extent in the production of social and health care services in response to growing demand and demographic changes that challenge the public economy and create disparities in getting access to care. Cost effectiveness and efficiency gains are assumed to follow from increasing competitiveness in the markets. To achieve the objectives, the competitive model should overcome the theoretical obstacles of free markets: problems with imperfect and asymmetric information, externalities and public goods, as well as imperfect competition.

In this literature review, I study the fit of quasi-markets, or models with competitive elements incorporated in regulated markets, to the Finnish context. The two models of interest are purchaser-provider split characterized by the separation of the roles of a purchaser and a provider; and voucher model, in which the user can choose their preferred provider for a given service. According to the Finnish literature, the main problems with the models seem to be insufficient competition, high transaction costs that overpower the benefits, and the competence of the purchaser in representing the user in the purchaser-provider split, or the opportunities to choose in the voucher model. There are no precise estimates of the economic impact of the models, and the comparability of the local experiences might be weak, since data is lacking and systematic research on the subject has not been conducted.

The theoretical purchaser-provider split in which public and private providers compete in the same markets does not seem to perform well in the Finnish context: private provision is merely there to complement public provision. Furthermore, when purchaser and provider are separated within the public sector, the purchaser does not seem to know the users' needs and wants. However, the lessons learned while experimenting with the model can be used in service purchases from outside providers. The voucher model, on the other hand, seems to be a better fit to the Finnish context – it is used in majority of the municipalities. Compared to purchaser-provider split, voucher model is more flexible and enables the participation and success of small providers in the markets. Unifying the varying practices and sharing best practices nationally would help to further establish the voucher model and add to its economic significance.

Keywords social services, health care, quasi-markets, voucher, purchaser-provider split

Sisällys

1	Johdanto.....	2
2	Aineisto ja rajoitukset.....	4
3	Taloustieteellinen viitekehys.....	5
3.1	Päämäärät ja keinot.....	5
3.2	Julkinen tuotanto ja kilpailulliset markkinat.....	6
3.2.1.	Epätäydellinen ja epäsymmetrinen informaatio.....	7
3.2.2.	Ulkoisvaikutukset ja julkishyödykkeen piirteet.....	8
3.2.3.	Kilpailua heikentävät tekijät.....	8
3.2.4.	Sairausvakuutusmarkkinat.....	9
3.2.5.	Rahoituksen luomat kannusteet.....	11
3.2.6.	Yhteenvedo: säännelty markkinat.....	11
3.3	Puolittaismarkkinat.....	13
3.3.1.	Tilaaaja-tuottajamalli.....	15
3.3.2.	Valinnanvapaus.....	18
4	Puolittaismarkkinat Suomessa.....	21
4.1	Institutionaalinen konteksti.....	21
4.2	Säännelty markkinat teorian valossa.....	23
4.3	Tilaaaja-tuottajamallin kehitys Suomessa.....	26
4.3.1	Tilaaaja-tuottajamalli teorian valossa.....	27
4.4	Palvelusetelimallin kehitys Suomessa.....	30
4.4.1	Palvelusetelimalli teorian valossa.....	32
5	Johtopäätökset.....	35
6	Yhteenvedo.....	38

Taulukot ja kaaviot

Taulukko 1.	Julkisen ja kilpailullisen tuotannon teoreettiset edut ja haitat.....	12
Taulukko 2.	Puolittaismarkkinoiden potentiaaliset edut ja rajoitteet.....	15
Taulukko 3.	Julkisen ja yksityisen sektorin välinen suhde	15
Taulukko 4.	Ulkoiset, sisäiset ja näennäiset puolittaismarkkinat	16
Taulukko 5.	Tilaaja-tuottajamallin ja palvelusetelimallin ominaisuudet.....	21
Taulukko 6.	Sosiaali- ja terveyspalveluiden monikanavamalli.....	22
Kaavio 1.	Palveluseteleiden yleisimmät käyttökohteet vuosina 2007, 2012 ja 2018.....	31

1 Johdanto

2020-luvun kynnyksellä otsikoissa pyörivät vuosi toisensa perään sosiaali- ja terveydenhuollon "sote"-uudistus, palveluiden siirtäminen yksityisen sektorin tuotettavaksi ja tähän liittyvät kohut, sekä palveluiden käyttäjien valinnanvapautta lisäävät palveluseteli- ja henkilökohtaisen budjetin kokeilut. Kiinnostus markkinalähtöisiin malleihin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisessä kumpuaa palveluiden kasvavasta kysynnästä. Samalla väestöpohjan muutos, eli alhaisen syntyvyyden ja ikääntyvän väestönosan kasvun yhdistelmä heikentää huoltosuhdetta ja asettaa hyvinvointivaltion kantokyvyn koetukselle. Pelkästään terveydenhuollon menot olivat 20,5 miljardia euroa vuonna 2016, mikä vastaa 9,5 prosenttia bruttokansantuotteesta (THL, 2018). Nykyisellä palveluntuotannolla julkisen talouden kestävyysvajeesta uhkaa muodostua vakava ongelma.

Taloustieteellisestä näkökulmasta terveydenhuoltoon käytettyä kokonaissummaa mielenkiintoisempaa on se, onko terveydenhuoltopalveluiden käyttäjillä ja tuottajilla kannusteita käyttää näitä niukkoja resursseja tehokkaasti. Terveydenhuoltoon sijoitetut eurot ovat euroja pois vaihtoehtoista investointikohteista. Tässä erilaiset tavat palveluntuotannon järjestämiseksi astuvat kuvioon. Teorian mukaan julkiseen tuotantomonopoliin verrattuna kilpailulla saatetaan saavuttaa etuja toiminnan tehostumisen ja paremman kustannusten hallinnan muodossa (Barr, 1992). Palveluiden käyttäjän osallistamisen odotetaan osaltaan lisäävän tuottajien keskinäistä kilpailua ja paineita tehokkuuteen, kun tyytymättömät käyttäjät voivat siirtyä tuottajalta toiselle, mutta myös parantavan palveluiden sopivuutta käyttäjien tarpeisiin (Le Grand, 2007). Julkisen ja yksityisen tuotannon yhdistelmä tuntuu houkuttelevalta Suomessa palveluiden järjestämisvastuussa olevien kuntien näkökulmasta, sillä kuntien saattaa olla vaikea vastata äkillisesti lisääntyneeseen palveluntarpeeseen omalla tuotannollaan. Viime kädessä rahoitusvastuussa oleva valtio hyötyy kustannustehokkuudesta ja kustannusten nousun hillinnästä. Tehokkuustavoitteiden lisäksi uudistuksilla tavoitellaan yhdenvertaisuuden toteutumista esimerkiksi valinnan mahdollisuudessa ja palveluiden saatavuudessa.

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuoltomarkkinoiden kilpailullisuudesta ja palveluiden käyttäjien valinnanvapaudesta on käyty keskustelua jo useampi vuosikymmen, mutta varsinaista akateemista tutkimusaineistoa – taloustieteellistä tai muunlaista – löytyy

hyvin vähän. Julkisen tuotannon ja vapaiden markkinoiden välille sijoittuvia säänneltyjä puolittaismarkkinoita teoriassa ja suomalaiseseen kontekstiin sovellettuna on kattavimmin käsitelty Kähkönen (ks. esim. 2007). Tämän kirjallisuuskatsauksen on tarkoitus ensinnäkin kerrata, mitä taloustieteen teoria sanoo yhtäältä julkisen tuotannon ja toisaalta kilpailullisuuden soveltuvuudesta sosiaali- ja terveydenhuoltomarkkinoille. Tarkastelen puolittaismarkkinoiden sovellutuksia, lähinnä palveluiden tilaajan ja tuottajan roolit erottavaa tilaaja-tuottajamallia sekä palveluiden käyttäjän valinnanvapauteen perustuvaa palvelusetelimallia taloustieteen näkökulmasta, siinä missä malleja tarkastellaan usein sosiaalipolitiikan tai johtamisen tarkoituksista. Toiseksi, pyrin tiivistämään mitä tiedetään kilpailullisuudesta ja valinnanvapaudesta Suomen oloissa institutionaalista kontekstia sekä tilaaja-tuottajamallia ja palvelusetelimallia kuvaavan kirjallisuuden valossa.

Tutkimuskysymykseni on *soveltuvatko tilaaja-tuottajamalli ja palvelusetelimalli sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämismuodoiksi Suomessa*. Mittavan sote-uudistuksen osoittautuessa vaikeaksi toteuttaa, on hyvä katsoa taaksepäin ja tarkastella, mitä entiset hankkeet ja kokeilut opettavat. Kirjallisuuskatsaus voi parhaimmillaan osoittaa, onko syytä panostaa kokeiltuihin malleihin enempää, minkälaisia kehittämiskohteita kokeilut paljastavat ja minkälaisia oppeja ne antavat uusien ratkaisujen luomiseen. Hyödytön ei ole myöskään vähemmän syy-seuraussuhteita olettava havainto siitä, voidaanko nykytiedon valossa edes tehdä näin pitkälle vietyjä päätelmiä.

Tässä tutkielmassa keskityn kuvaamaan sosiaali- ja terveydenhuollon markkinoiden kehitystä ja kokemuksia tilaaja-tuottajamallista ja palvelusetelimallista Suomessa. Muiden maiden, etenkin Iso-Britannian, Ruotsin ja Uusi-Seelannin kokemuksia on kuvailtu melko kattavasti muualla (ks. esim. Aronen, ym., 2001; Kähkönen, 2007; Junnila, ym., 2012). Aiheen rajaamiseksi käyn vain pinnallisesti läpi markkinaosapuolten käyttäytymiseen paljon vaikuttavia rahoitusratkaisuja – pelkästään tuottajakorvauksiin keskittyvää kirjallisuutta on runsaasti (ks. esim. Robinson, 2001). Toinen markkinajärjestelyiden onnistumiseen keskeisesti liittyvä tekijä, joka tässä työssä jää vähemmälle huomiolle, on laatu. Terveyspalveluiden laatu on tunnetusti vaikeasti määriteltävissä ja mitattavissa (ks. esim. Pitkänen & Pekola, 2016) enkä oleta, että laatua olisi johdonmukaisesti mitattu ja käsitelty aineistossani. Kilpailun ja laadun suhdetta on

tutkinut esimerkiksi Gaynor (2006), ja valinnanvapauden, kilpailun ja laadun yhteyttä tarkastelevat muun muassa Pitkänen ja Pekola (2016).

Tämän työn rakenne on seuraavanlainen. Toisessa pääluvussa esitän huomioita aineistosta ja siihen liittyvistä rajoitteista. Kolmannessa pääluvussa käyn läpi taloustieteellisen viitekehyksen julkisen tuotannon, kilpailun ja puolittaismarkkinoiden tarkasteluun. Luvussa selvitän miksi terveydenhuoltomarkkinat ovat säänneltyt, mitä ovat puolittaismarkkinat ja miksi puolittaismarkkinat olisivat paremmat kuin kokonaan julkinen tuotanto. Neljännessä pääluvussa kuvailen Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltomarkkinoiden institutionaalista kontekstia sekä käyn läpi kokemuksia tilaaja-tuottajamallista ja palvelusetelimallista Suomen oloissa. Luvun on tarkoitus kartoittaa, mitkä ovat sellaisia tekijöitä, jotka rajoittavat kilpailullisuuden kehittymistä Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon markkinoilla yleisesti sekä malleissa erikseen; miten markkinatilanne on kehittynyt; sekä miten mallit suoriutuvat kaiken kaikkiaan oletettuihin hyötyihin ja tavoitteisiin verrattuna. Viidennessä ja kuudennessa pääluvussa teen johtopäätökset ja vedän yhteenvedon havainnoista.

2 Aineisto ja rajoitukset

Tämän kirjallisuuskatsauksen teoreettisen osion lähdemateriaali koostuu taloustieteellisistä tutkimusartikkeleista ja kirjoista. Suomalaisiin kokemuksiin keskittyvä osio sen sijaan koostuu laajemmasta aineistosta, sillä taloustieteellisissä julkaisuissa on julkaistu hyvin vähän suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää käsitteleviä tutkimusartikkeleita. Tämän vuoksi käyttämäni kotimainen aineisto koostuu lähinnä erilaisista raporteista, poliittisen päätöksenteon tueksi tehdyistä taustatutkimuksista ja muusta ”harmaasta kirjallisuudesta”. Tällä kirjallisuudella on erilaiset laatuvaatimukset kuin vertaisarvioituihin julkaisuihin hyväksytyissä tutkimusartikkeleissa – on mahdollista, että aineisto on kirjoittajien tai tutkimuksen tilaajatahon intressien mukaisesti säilytynyt.

Saatavilla olevan kotimaisen kirjallisuuden sisältö rajoittaa taloustieteellistä analyysiä. Esimerkiksi tilaaja-tuottajamallin kohdalla valtaosa suomalaisesta kirjallisuudesta sisältää kansainvälisen kokemuksen kuvailua, mallin periaatteiden kuvailua käyttöönoton tueksi, tai tehtyjen kunnallisten kokeilujen kuvailua – ei niinkään tulosten analysointia. Pitkän aikavälin vaikutuksista ei ole tietoa. Valtaosa tehdystä empiirisestä

tutkimuksesta on muodoltaan kyselytutkimuksia ja monet sisältävät myös henkilöhaastatteluja.

Kokeilujen tekeminen paikallisesti vaikuttaa tulosten vertailtavuuteen ja yleistettävyyteen. Kunnallisten kokeilujen perusteella on vaikea vetää johtopäätöksiä, sillä lähtökohdat ja lähestymistavat saattavat poiketa toisistaan paljonkin. Lisäksi vaikuttaa siltä, että monissa kunnissa tutkimusten tekeminen ja kokemusten raportointi on opinnäytetöiden ja satunnaisten mediauutisten varassa.

On myös hyvä pitää mielessä, että säännellyillä terveydenhuollon markkinoilla merkittävien uudistusten tekeminen vaatii poliittista tahtotilaa ja usein myös lainsäädännöllisiä muutoksia. Mallin valinta ja kehityssuunta ovat poliittisen prosessin väreitä. Näin ollen saattaa olla vaikea sanoa, missä määrin esimerkiksi kilpailullisuus lisääntyy uuden mallin käyttöönoton myötä ja missä määrin muiden taustalla vaikuttavien tekijöiden tai samanaikaisten muutosten myötävaikutuksesta.

3 Taloustieteellinen viitekehys

3.1 Päämäärät ja keinot

Terveydenhuoltomarkkinoita tarkasteltaessa voidaan erottaa tavoitteet ja päämäärät (*ends*) keinoista ja menetelmistä (*means*) kyseisten päämäärien saavuttamiseksi. Päämäärät ovat periaatteita, jotka asettavat suuntaviivat, ohjaavat markkinoiden suunnittelua ja toimintaa (Le Grand, 2007). Nämä päämäärät eivät välttämättä nojaa taloustieteen teoriaan, vaan kumpuavat poliittisesta ja yhteiskunnallisesta ideologiasta ja arvopohjasta. Keinoja päämäärien saavuttamiseksi saattaa olla useita. Taloustieteellisestä näkökulmasta olisi suotavaa, että valittaisiin sellaiset keinot, joilla asetetut tavoitteet saavutetaan mahdollisimman tehokkaasti, markkinavääristymiä vältellen.

Terveydenhuollon peruseriaatteita ja valittujen keinojen arviointikriteerejä ovat tehokkuus, oikeudenmukaisuus, laatu ja palveluiden käyttäjän tarpeisiin ja haluihin vastaaminen (Le Grand, 2007). Tehokkuutta voidaan tarkastella sekä resurssien jakautumisen eli allokativisen tehokkuuden, että tuotannon tehokkuuden kannalta. Allokatiivinen tehokkuus keskittyy tavaroiden ja palveluiden optimaaliseen kohdentumiseen, kun taas tuotannon tehokkuus viittaa tuotantotapoihin, joissa tuotantopanoksesta saadaan mahdollisimman suuri hyöty. Tehokkuutta voidaan lisäksi

tarkastella markkinajärjestelyistä syntyneiden vääristymien ja haitallisten kannusteiden kautta. (Barr, 2004) Oikeudenmukaisuus voidaan tiivistää periaatteeseen, jonka mukaan samassa terveydentilassa olevien tulisi saada yhtäläistä. Horisontaalisen tasapuolisuuden mukaan jokaisella tulisi olla mahdollisuus saada saman verran hoitoa kuin muilla vastaavassa tilanteessa, ja vertikaalisen tasapuolisuuden nimissä hoitoa tulisi saada suhteessa kulloiseenkin tarpeen tilaan. (Barr, 2004; Bartlett & Le Grand, 1993) Korkean tai tasaisen laadun tavoittelemisen voidaan liittää tehokkuuden ja oikeudenmukaisuuden tavoitteisiin. Laatu voidaan määritellä esimerkiksi sen mukaan, kuinka tarkoituksenmukaista ja sopivaa hoito on hoidon tarpeeseen nähden (Chalkley & Malcomson, 2000). Potilaan tarpeiden ja halujen huomioiminen tarkoittaa, että palvelut tulisi suunnitella käyttäjälähtöisesti ja -ystävällisesti (Le Grand, 2007).

Suomessa tärkeitä perusperiaatteita ovat perinteisesti olleet tasapuolisuus palveluiden saavutettavuudessa ja laadussa sekä tavoitteena terveyserojen kaventaminen sosioekonomisten ryhmien välillä. 1990-luvulta alkaen poliittisessa päätöksenteossa on enenevässä määrin korostunut tehokkuus, etenkin kustannustehokkuus. (Häkkinen, 2005)

3.2 Julkinen tuotanto ja kilpailulliset markkinat

Suomessa jokaisella on oikeudenmukaisuuden periaatteeseen nojaten pääsy julkisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden pariin. Se, että valtaosa terveyspalveluista tuotetaan julkisesti ei kuitenkaan ole itsestäänselvyys – perustuslaillinen oikeus sosiaali- ja terveyspalveluihin voi toteutua myös siinä tapauksessa, että palvelut tuotetaan yksityisenä tuotantona. Seuraavaksi luon katsauksen siihen, miksi terveydenhuoltomarkkinat ovat säännellyt ja millä julkista monopolituotantoa tai kilpailullisia markkinoita perustellaan.

Taloustieteessä lähtökohtana on, että markkinat, joilla hinnat ja tuotantomäärät määräytyvät vapaasti kysynnän ja tarjonnan mukaan, ovat tehokkaat. Tasapainossa ei ole liiallista kysyntää tai tarjontaa. Ensimmäisen hyvinvointiteoreeman mukaan kaikki tasapainoiset ratkaisut (*equilibrium*) kilpailullisilla markkinoilla ovat Pareto-optimaalisia, jolloin kenenkään hyvinvointia ei voida parantaa huonontamatta jonkun toisen asemaa – olettaen, että täydellisen kilpailun edellytykset markkinoilla toteutuvat (Arrow, 1963). Tasapaino on tehokas, mutta oikeudenmukaisuuden periaatetta se ei

täytä, sillä Pareto-optimalisuus ei aseta minkäänlaisia vaatimuksia hyvinvoinnin tasaisesta jakautumisesta.

Oikeudenmukaisuusnäkökohdan lisäksi terveydenhuoltomarkkinoilla on monia erityispiirteitä, joiden vuoksi optimaalisuuden edellytykset eivät täyty. Käytännössä terveydenhuoltomarkkinat ovat kaukana teoreettisista täydellisistä vapaista markkinoista. Merkittävimmät erityispiirteet, joilla markkinoiden sääntelemistä perustellaan, liittyvät täydellisen kilpailun edellytysten rikkoutumiseen, etenkin epätäydelliseen ja epäsymmetriseen informaatioon, ulkoisvaikutuksiin ja julkishyödykkeen piirteisiin, sekä vakuutusmarkkinoiden häiriöihin.

3.2.1. Epätäydellinen ja epäsymmetrinen informaatio

Terveydenhuoltomarkkinoilla terveystalveluiden tuottajien ja käyttäjien välillä vallitsee epäsymmetrinen informaatio, sillä palveluiden käyttäjä tuntee harvoin sairautensa, sen hoitovaihtoehdot ja hoidon lopputuloksen niin kuin terveydenhuollon ammattilaiset tuntevat. Käyttäjien tietotaso on epätäydellinen, sillä hoidon teknisyyden vuoksi palveluiden hintojen ja laadun vertaileminen on käyttäjälle hankalaa. Näin käyttäjän ja lääkärin välillä vallitsee perinteinen päämies-agenttisuhte, jossa käyttäjä päämiehen roolissa uskoo terveydestään huolehtimisen lääkärin eli agentin hoidettavaksi. Terveystalvelut ovatkin uskottavuushyödyke (*credence good*), sillä käyttäjä ei usein osaa arvioida hoidon laatua, riittävyttä ja sopivuutta edes jälkeinpäin (Dulleck & Kerschbamer, 2006). Tavallisista markkinoista poiketen palveluiden käyttäjän arviointikyky ei välttämättä parane edes kokemuksen myötä, sillä hoidon tarve on hyvin tapauskohtaista, ja lääkärille saatetaan hakeutua monesta eri syystä. Niinpä terveystalveluiden käyttäjä ei useinkaan voi tehdä päätöksiä vertailemalla vaihtoehtojen hintoja ja laatua, tai hoidon jälkeen valvoa lääkärin toimia tai muulla tapaa varmistaa saaneensa oikeita talveluita sopivaan hintaan. Tämä heikentää potilaiden kykyä tehdä informoituja ja rationaalisia valintoja, sekä luo tuottajille kannusteita käyttää tätä epätietoisuutta hyväkseen.

Teorian mukaan tiedon epäsuhta saattaa kannustaa tuottajia ylihoitoon, jossa hoitomuoto on kalliimpi, monimutkaisempi, tai palveluiden käyttäjä saa enemmän hoitoa kuin olisi tarpeellista; alihoitoon, jossa hoito on vähäisempää, yksinkertaisempaa ja halvempaa kuin mihin olisi tarve; tai laskuttamaan korkeita hintoja, joiden vuoksi käyttäjät hakeutuvat hoitoon harvemmin, kuin mikä olisi optimaalista (Dulleck &

Kerschbamer, 2006). Tätä tuottajan kykyä vaikuttaa kysyntään (ylihoito) tai palveluiden käyttöön (alihoito) vastoin parempaa tietämystään siitä, mikä olisi käyttäjän parhaaksi, sanotaan tarjonnan luomaksi kysynnäksi (*supplier induced demand*) (McGuire, 2000).

Tiedon epäsuhtaa voidaan pyrkiä korjaamaan parantamalla helposti ymmärrettävissä olevan tiedon saatavuutta, lisäämällä käyttäjien tietoisuutta kampanjoilla ja tuomalla havaittuja väärinkäytöstapauksia julkisuuteen. Tilanteissa, joissa terveystalveluiden käyttäjän rationaalista päätöksentekokykyä ja markkinavoimaa rajoittavat esimerkiksi tiedottomuus tai kovat kivut, voidaan käyttäjien neuvotteluvoimaa palveluntarjoajiin nähden parantaa sairausvakuutuksella tai muulla vastaavalla järjestelyllä, jossa päätöksenteko on osittain ulkoistettu. (Zweifel, ym., 2009)

3.2.2. *Ulkoisvaikutukset ja julkishyödykkeen piirteet*

Terveydenhuoltomarkkinoilla voidaan tunnistaa ulkoisvaikutuksia ja julkishyödykkeiden piirteitä. Esimerkiksi tarttuvien tautien leviämistä hillitsevistä rokotuksista hyötyvät myös ne, jotka eivät itse ole rokotetta saaneet. Rokotus on julkishyödyke, sillä ketään ei voida sulkea rokotteiden luoman suojan ulkopuolelle sillä perusteella, että hän ei ole osallistunut rokotekampanjan rahoittamiseen. Tämän vapaamatkustajaongelman vuoksi vapailla markkinoilla ei päästä sellaiseen rokotuskattavuuteen, joka takaisi optimaalisen suoja, minkä vuoksi valtion puuttuminen koetaan tarpeellisenä. Toisaalta tarttuvat taudit ovat vain pieni osa terveydenhuoltoa, joten voidaan argumentoida, että tämä ei riitä perusteeksi kattavalle julkiselle terveydenhuollolle. (Zweifel, ym., 2009)

3.2.3. *Kilpailua heikentävät tekijät*

Kilpailu terveydenhuoltomarkkinoilla ei ole täydellistä. Mittakaavaetujen tai väestön vähäisen määrän takia markkinavoima etenkin paikallisella tasolla saattaa olla keskittynyt yhdelle isolle toimijalle muodostaen luonnollisen monopolin. Markkinoille tulo ja sieltä poistuminen ei ole esteetöntä. Vaadittava alkuinvestointi markkinoille tullessa saattaa olla suuri, mikä vähentää markkinoille pyrkivien tuottajien määrää (Kähkönen, 2007). Uusien lääkärikeskusten saattaa olla vaikea saavuttaa kannattavuuden takaavaa asiakaskuntaa, sillä yhtäältä hoitopaikan vaihtamisessa saattaa olla ajallisia tai alueellisia rajoituksia, ja toisaalta tutkimukset osoittavat, että useimmat palveluiden käyttäjät suosivat tuttua tai maantieteellisesti lähintä tuottajaa (Victoor, ym., 2012). Potilaiden turvallisuuden varmistamiseksi lääkäreiltä vaaditaan

koulutus, josta vastaavat oppilaitokset voivat omalta osaltaan säädellä markkinoilla olevien ammatinharjoittajien määrää (Arrow, 1963). Julkisella sektorilla markkinoille tulo ja sieltä poistuminen eivät ole kiinni samoista tekijöistä kuin yksityisellä sektorilla, sillä julkista tuotantoa ja markkinoille sijoittumista ohjaa ennen kaikkea poliittinen päätöksenteko (Kähkönen, 2007). Jos julkisella sektorilla on löysä budjettikuri, mikä tarkoittaa, että julkiset tuottajat eivät voi mennä konkurssiin samalla tavalla kuin yksityiset, aiheuttaa julkisten tuottajien markkinoilla olo aina tehottomuutta (Bartlett & Le Grand, 1993).

3.2.4. Sairausvakuutusmarkkinat

Sairastumiseen liittyvä epävarmuus luo kysyntää sairausvakuutuksille: terveyspalveluiden käyttäjän kannalta sairastuminen on usein odottamatonta ja sisältää epävarmuutta sekä taloudelliseen tilanteeseen että toipumiseen liittyen. Tuottajien kannalta riskit liittyvät onnistumiseen sairauden hoidossa ja hoidon kustannuksiin. Jos on mahdollista siirtää osa vaikeasti ennustettavissa olevasta riskistä muille, siitä ollaan valmiita maksamaan. Riskiä tasaava sairausvakuutus saattaa kuitenkin johtaa markkinahäiriöihin. Vakuutusjärjestelmän rajoitteet liittyvät vakuutuksen kattavuuteen sekä sen luomiin haitallisiin kannusteisiin. Osa vakuutusmarkkinoiden häiriöistä syntyy valtion puuttumisesta markkinoiden toimintaan sillä perusteella, että vakuutusmarkkinoiden tasapainotila ei ole oikeudenmukaisuuden kannalta optimaalinen (Zweifel, ym., 2009).

Vakuutusmarkkinoilla käyttäjä tuntee terveydentilansa vakuutuksen tarjoajia paremmin, mikä johtaa haitalliseen tai suotuisaan valikoitumiseen. Käyttäjät voidaan jakaa karkeasti ottaen kahteen ryhmään, korkeariskisiin ja matalariskisiin, joiden odotetut kustannukset ovat eri tasoa. Optimaalista olisi pyytää eri suuruista preemiota eri riskityypeiltä, mutta koska sairaammat yksilöt ovat usein myös vähävaraisempia, ei tämänkaltainen hintadiskriminaatio ole oikeudenmukaisuuden näkökulmasta hyväksyttävää (Einav & Levin, 2015). Haitallisessa valikoitumisessa (*adverse selection*) vakuutuksen ottavat yksinkertaistetusti ne, joilla on suurempi riski sairastua. Tällöin vakuutus hinnoitellaan korkeamman riskitason mukaan, mistä puolestaan seuraa, että matalariskisemmät putoavat vakuutusmarkkinoiden ulkopuolelle. Näin vakuutus on harvemmallalla kuin mikä olisi kokonaishyvinvoinnin kannalta optimaalista. Käänteisesti suotuisassa valikoitumisessa (*advantageous selection*) vakuutuksesta eniten maksavat

riskiä kaihtavat, varovaiset yksilöt, joiden odotetut kustannukset ovat matalat, jolloin vakuutuksen hinta asettuu alhaiselle tasolle ja sen ottavat useammat kuin mikä olisi kokonaishyvinvoinnin kannalta optimaalista (Einav & Finkelstein, 2011).

Käytännössä on vaikea määritellä, onko vakuutuksen kattavuus optimaalisella tasolla. Tilannetta vääristää vapaamatkustajaongelma, joka syntyy, kun on tiedossa, että eettisistä syistä akuutisti apua tarvitsevaa maksukyvyttöä ja sairasvakuutuksen ulkopuolella olevaa potilasta ei jätetä hoitamatta (Zweifel, ym., 2009). Monessa maassa onkin käytössä pakollinen vakuutus tai vastaavaa suojaa tuova verovaroin rahoitettu julkinen terveydenhuolto. Sairausvakuutus voi olla julkisesti järjestetty, jolloin vakuutuksen tarjoajia on vain yksi, tai vakuutusmarkkinat voivat olla kilpailulliset, jolloin markkinoilla on useampia vakuutusyhtiöitä. Suomessa julkinen terveydenhuolto toimii jokaisen kattavana vakuutusjärjestelmänä, mikä vähentää valikoitumisen haitallisia vaikutuksia, sillä se ei aseta eri riskityyppeihin kuuluvia eriarvoiseen asemaan. Järjestelmän etuja ovat lisäksi yksinkertaisuus, alhaisemmat hallinnolliset kustannukset ja kilpailuun liittyvien markkinahäiriöiden välttäminen. Toisaalta kilpailulliset vakuutusmarkkinat saattavat olla kustannustehokkaampia kuin julkinen vakuutus. (Einav & Levin, 2015)

Julkinen terveydenhuolto ei poista vakuutusmarkkinoilla esiintyvän moraalikadon ongelmaa. Moraalikato viittaa tilanteeseen, jossa vakuutus saa vakuutetut toimimaan huolimattomammin ja suhtautumaan välinpitämättömämmin ennaltaehkäiseviin toimiin, mikä lisää terveystalouden käyttöä (Einav & Finkelstein, 2011). Vakuutuksen voidaan myös nähdä laskevan hoidon marginaalikustannusta eli asiakasmaksuja ja tästä syystä lisäävän terveystalouden kysyntää (Einav & Finkelstein, 2017). Moraalikadon ongelmaa voidaan hillitä vakuutuksen omavastuusuutta ja asiakasmaksuja säätelemällä: palveluiden käytöstä aiheutuva maksuosuus supistaa käyttöä lisäävää vaikutusta. Vakuutettujen moraalikatoa suurempi haaste terveydenhuoltojärjestelmää suunniteltaessa ovat kuitenkin tuottajien kannusteet, sillä suurin osa terveydenhuollon kustannuksista on sen pienen käyttäjäryhmän synnyttämä, joiden terveydenhoitomenot ylittävät asiakasmaksut poistavan maksukaton joka tapauksessa (Einav & Levin, 2015).

Toinen julkista terveydenhuoltoakin koskeva ongelma liittyy valikoitumiseen ja valikoimiseen. Koska käyttäjien valikoituminen paljastaa yksilöiden riskityypin, on vakuutuksen antajilla kannusteita kermankuorintaan eli käyttäjien suosimiseen tai

syrjimiseen näiden riskityypin mukaan, jos erisuuruisen preemion pyytäminen on kiellettyä: he pyrkivät kohdistamaan palvelunsa terveemmille, vähemmän kustannuksia synnyttävälle yksilöille ja välttämään korkeariskisiä yksilöitä (Einav & Levin, 2015). Näin he voivat tehdä esimerkiksi omavastuuosuutta ja vakuutusehtoja säätämällä. Valikoimista voidaan pyrkiä hillitsemään säätämällä rajoituksia omavastuuosuudelle ja tarjotuille etuuksille, mutta tarjonnan yhtenäistäminen sääntelyn kautta herättää kysymyksen siitä, onko kilpailullisista vakuutusmarkkinoista näin ollen mitään hyötyä (Zweifel, ym., 2009). Vaikka asiakkaiden valikoiminen olisi kiellettyä, palveluntuottajat voivat silti pyrkiä vaikuttamaan asiakaskuntaansa sijoittumalla keskimäärin terveemmälle, varakkaammalle asuinalueelle, sekä karsimalla palveluvalikoimastaan ensiavun ja tehohoidon kaltaiset korkeariskiset ja kustannuksia aiheuttavat palvelut, tai vähentämällä hankaliin sairauksiin erikoistuneiden lääkärien määrää (Le Grand, 2007).

3.2.5. *Rahoituksen luomat kannusteet*

Terveyspalveluiden käyttäjä harvoin kustantaa kaikki hoitonsa itse, mikä tarkoittaa, että jokin muu taho maksaa korvauksia palvelun tuottajille. Riippumatta siitä toimiiko rahoittajana vakuutusyhtiö, valtio tai kunta, on rahoitus avainasemassa kannusteiden muodostumisessa. Korvausjärjestelmät voivat olla takautuvia (*retrospective*), jolloin esimerkiksi valtio kattaa kuntien todelliset kulut jälkeenpäin käytettyjen palveluiden tai hoitotoimenpiteiden määrän perusteella; tai laskennallisia, odotettuihin kuluihin perustuvia (*prospective*), jolloin kunnille maksetaan etukäteen määritelty korvaus todellisten kulujen kattamisen sijaan. Kapitaatiomallissa korvausten suuruus määräytyy henkilöä kohden laskettujen odotettujen kustannusten mukaan. Kapitaatiokorvaus kannustaa kustannustehokkuuteen, mutta ei huomioi tarjottujen palveluiden lukumäärää tai monimutkaisuutta. Jos asiakkaiden riskitasoa ei ole huomioitu riskivakioimalla, kannustaa kapitaatio helpompien, terveempien potilaiden suosimiseen ja sairaampien, hankalempien tapausten välttelemiseen. Sitä vastoin toimenpidekohtainen palkkio kannustaa ottamaan enemmän ja sairaampia asiakkaita, mutta toisaalta kannustaa samalla ylihoitoon ja kalliimpien hoitojen tarjoamiseen sekä tarjoaa hyvin vähän syytä hillitä kustannuksia. (Robinson, 2001; Rice & Smith, 2001)

3.2.6. *Yhteenveto: säännelty markkinat*

Informaatio-ongelmat, epätäydellinen kilpailu sekä terveydentilaan liittyvä epävarmuus ja riskisyys ovat suurimpia argumentteja terveystalouden sääntelyn puolesta.

Sääntelyn tarve ei kuitenkaan automaattisesti puolla julkista tuotantoa. Valtio voi puuttua markkinoiden toimintaan kolmella tavalla: sääntelemällä, rahoitusratkaisulla sekä tuottamalla palveluita julkisesti (Barr, 2004). Säännellyt markkinat voivat olla kilpailulliset, ja julkisesti rahoitetut terveyspalvelut voivat olla yksityisesti tuotettuja. Tässä luvussa on esitetty, että esimerkiksi sääntelyn ja sopivan vakuutusjärjestelmän yhdistelmänä syntyneet kilpailulliset markkinat saattavat olla vähintään yhtä tehokas ratkaisu kuin terveyspalveluiden tuottaminen julkisesti.

Taulukko 1. Julkisen ja kilpailullisen tuotannon teoreettiset edut ja haitat

	Julkinen tuotanto	Yksityinen tuotanto
Edut	Helposti hallittavissa Ei valikoi Informaatio-ongelmat vähenevät Poistaa vapaamatkustajaongelman	Kustannustehokkuus Innovatiivisuus
Haitat	Ei kannusteita kehittää toimintaa Ei kannusteita budjettikuriin Rahoitusratkaisut vaikuttavat kannusteisiin	Voiton maksimointi laadun edellä Valikoiminen Rahoitusratkaisut vaikuttavat kannusteisiin Vaatii kilpailua markkinoilla

Taulukko 1 tiivistää julkisen ja yksityisen tuotannon edut ja haittapuoleet. Huomioita julkisen ja yksityisen tuotannon suhteellisista eduista löytyy myös terveydenhuollon aihepiirin ulkopuolelta. Esimerkiksi Schleiferin (1998) mukaan julkinen tuotanto on yleisesti yksityistä tehokkaampaa silloin, kun vaikuttaa todennäköiseltä, että yksityiset yritykset pyrkivät parempaan kannattavuuteen leikkaamalla kuluja palveluiden laadun kustannuksella; kilpailu markkinoilla on vähäistä ja asiakkaan vapaus valita tuottajien väliltä ei lisää kilpailua; yksityisillä palveluntarjoajilla ei ole kannusteita panostaa laatuun pitääkseen yllä hyvää mainetta; ja innovatiivisuus ei ole kovin tärkeää. Armstrong ja Sappington (2006) vertaavat luonnollisen yksityisen monopolin sääntelemistä ja kilpailullisia markkinoita sekä tekevät huomioita kilpailullisuuden lisäämisestä. Heidän mukaansa luonnollisen monopolin sääntelevä saattaa ylittää kilpailun edut, mikäli mittakaavaedut ovat suuret, ja sääntelystä vastaavalla taholla on riittävästi informaatiota ja keinoja sääntelyn toteuttamiseksi, sekä se voi uskottavasti sitoutua rangaistusten langettamiseen, mikäli tarpeellista. Toisaalta markkinoiden vapauttamisessa markkinoille tulon esteiden poistaminen ja kuluttajien valtuuttaminen vaihtamaan tuottajaa niin halutessaan ovat keinoja kilpailun luomiseksi (Armstrong & Sappington, 2006).

3.3 Puolittaismarkkinat

Tehokas tapa järjestää terveydenhuoltomarkkinat löytynee jostain kahden ääripään, julkisen tuotantomonopolin ja täysin rajoittamattoman kilpailun väliltä. Julkinen tuotanto tai osa siitä voidaan ulkoistaa eli siirtää yksityisten yritysten tuotettavaksi, ja samalla sääntelyn avulla pyrkiä pitämään markkinat hallinnassa. Optimin löytäminen on tasapainottelua markkinavoimien ja sääntelyn tarpeen välillä – minkälainen järjestelmä sallii markkinaosapuolille riittävästi liikkumavaraa menettämättä sääntelevän tahon kykyä havainnoida ja ohjailla markkinaosapuolia haluttuun suuntaan.

Puolittaismarkkinoiksi (joskus myös näennäismarkkinat tai kvasimarkkinat, engl. *quasi-markets*) kutsutaan markkinoita, joilla kilpailun hyötyjä pyritään valjastamaan tuomalla kilpailullisia elementtejä markkinoille hallituissa olosuhteissa. Kilpailullisuuden lisäämisellä tavoitellaan muun muassa laadun ja tehokkuuden parantumista, kustannusten hillitsemistä sekä asiakkaiden valinnan mahdollisuuksien lisääntymistä (Barr, 1992). Puolittaismarkkinoiden yleisiin piirteisiin kuuluu, että markkinoilla toimii useita itsenäisiä ja keskenään kilpailevia palveluntuottajia yhden julkisen tuotantoyhtiön sijaan, ja että raha seuraa palveluiden käyttäjää palveluseteleiden, henkilökohtaisen budjetin tai suoraan palveluntuottajalle tehtyjen maksusuoritteiden muodossa (Bartlett & Le Grand, 1993; Le Grand, 2007). Puolittaismarkkinat eroavat täydellisen kilpailun markkinoista siinä, että palveluiden hinta ei määräydy vapaasti kysynnän ja tarjonnan mukaan, vaan vakuutusyhtiön, valtion tai paikallishallinnon palveluntuottajille maksama kiinteä korvaus syntyy neuvottelun tuloksena (Bartlett & Le Grand, 1993). Taloustieteen teorian mukaan tuottajien välinen kilpailu asiakkaista tällaisilla kiinteähintaisilla markkinoilla tapahtuu laadulla ja muilla asiakkaita houkuttelevilla tekijöillä (Gaynor, 2006). Toinen ominaispiirre on julkisen sektorin rooli puolittaismarkkinoiden luomisessa, ohjailemisessa ja tilaajana toimimisessa, sekä julkisen sektorin toimiminen ainakin potentiaalisena tuottajana yksityisten tuottajien rinnalla (Kähkönen, 2007).

Puolittaismarkkinoiden järjestämiseen on kaksi erilaista lähtökohtaa sen mukaan, annetaanko palveluiden käyttäjälle aktiivinen rooli päätöksenteossa vai ei. Tilaa- tuottajamallissa palveluiden ostaja tai rahoittaja edustaa palveluiden käyttäjän tarpeita ja haluja, ja kilpailun takaamiseksi palveluiden ostajan tai rahoittajan ja palveluiden tuottajan roolit on erotettu (Bartlett & Le Grand, 1993). Valinnanvapausmalleissa palveluiden käyttäjille annetaan mahdollisuus valita palveluntuottaja

(palvelusetelimallit, hoitopaikan valinta) tai haluamansa palvelut (henkilökohtainen budjetti) hyväksytyjen palveluntarjoajien joukosta (Le Grand, 2007). Tilaaja-tuottajamallissa käyttäjän valinnanvapauden rajoittamista perustellaan tiedon epätasaisella jakautumisella, päätöksenteossa tarvittavalla erityisasiantuntijuudella, väärin valintoihin liittyvällä riskisyydellä ja muilla seikoilla, jotka johtavat neuvotteluvoiman epäsuhtaan, kuten on edellisessä luvussa kuvattu. Valinnanvapautta korostavissa malleissa käyttäjien valtuuttamista ehdotetaan tilanteisiin ja päätöksiin, joissa nämä ongelmat eivät ole niin korostuneita, kuten hoitopaikan tai hoitavan henkilön valinnassa selkeän, ennalta rajatun ja kiireettömän vaivan hoitamiseen (Junnila, ym., 2016).

Bartlettin ja Le Grandin (1993) mukaan puolittaismarkkinoiden onnistuminen edellyttää, että tuottajien välillä on todellista kilpailua tai kilpailun uhka on todellinen, mikä vaatii vähäisiä markkinoille pääsyn esteitä ja mahdollisuutta poistua markkinoilta; että tarvittava tieto on kaikkien markkinaosapuolien saatavilla; transaktiokustannukset eli kustannukset järjestelmän muuttamisesta jäävät saavutettuja kustannussäästöjä pienemmiksi; mahdollisuudet kermankuorintaan eli käyttäjäryhmien suosimiseen tulisi minimoida; ja jotta järjestelmän tarjoamat kannusteet toimisivat tavoitellusti, tilaajan tulisi ajaa käyttäjien hyvinvointia ja tuottajien ainakin osittaisena motivaattorina tulisi olla voiton tekeminen tai kustannustehokkuus. Kähkösen (2007) kokoamat suurimmat syyt puolittaismarkkinoiden epäonnistumiselle ovat kilpailun puuttuminen, jolloin potentiaalisia kilpailijoita ei ole tarpeeksi markkinoiden luomiselle tai kilpailutilannetta ei pystytty ylläpitämään; tavanomaiset syyt kilpailullisten markkinoiden epäonnistumiseen, joita sääntely ei ole onnistunut poistamaan; ja julkisten ja yksityisten tuottajien erot markkinoilla esimerkiksi sääntelyn kannalta, mikä johtaa kilpailuneutraliteetin eli markkinaosapuolten tasapuolisen kohtelun rikkoutumiseen. Lisäksi Kähkösen mukaan transaktiokustannukset eli järjestelmän muuttamiseen liittyvät kustannukset saattavat ylittää tehostumisen edut. Kustannuksia syntyy vanhan järjestelmän lakkauttamisesta sekä uuden järjestelmän perustamisesta ja käytöstä. Uudelleenorganisoinnin kustannukset ovat puolittaismarkkinoihin siirryttäessä näistä suurimmat. Erityisesti kustannuksia syntyy silloin, kun julkinen tuotanto altistetaan kilpailulle muun tuotannon kanssa, mikä johtaa organisaation sisäiseen tehottomuuteen, kuten kapasiteetin vajaakäyttöön ja epävarmuuteen henkilöstön keskuudessa. Ongelma

kustannusten ja tehokkuuden punnitsemisessa on, että esimerkiksi laatu- tai henkilöstövaikutusten suuruutta on hankala määritellä ja mitata. (Kähkönen, 2007)

Taulukko 2. Puolittaismarkkinoiden potentiaaliset edut ja rajoitteet

	Edut	Rajoitteet
Kilpailu	Kilpailu luo paineita tehostaa toimintaa ja parantaa laatua	Vaatii todellista kilpailua (kilpailijoita, luonnollisten monopolien välttäminen, julkisten ja yksityisten tuottajien tasapuolinen kohtelu)
Markkinahäiriöt	Poistaa informaatio-ongelmia, vähentää epäsuotuisia kannusteita	Onnistutaanko perinteiset ongelmat välttämään?
Käyttäjien neuvotteluasema	Tilaaaja-tuottajamallissa tilaaja edustaa käyttäjää; valinnanvapausmallissa käyttäjä voi osoittaa tyytymättömyyttään vaihtamalla tuottajaa	Kuinka hyvin tilaaja tuntee käyttäjän tarpeet? Onko käyttäjillä todellista valinnan mahdollisuutta?
Tehokkuus	Potentiaalisia tehokkuushyötyjä	Transaktiokustannukset saattavat olla hyötyjä korkeammat (kaikkia kustannuksia on vaikea mitata)

3.3.1. Tilaaaja-tuottajamalli

Suomalaisessa kirjallisuudessa ja keskustelussa tilaaja-tuottajamallille tai tilaaja-tuottaja-menetelmätavalle ei ole yhtä vakiintunutta määritelmää. Keskeistä määritelmille on, että palvelun tilaajan tai rahoittajan ja palvelun tuottajan roolit on eriytetty; tilaaja edustaa palveluiden loppukäyttäjää; ja että tilaajan ja tuottajan välinen suhde määritellään sopimuksella. Tilaaaja-tuottajamallia voidaan tarkastella yhtäältä julkisen ja yksityisen sektorin välisen suhteen syvyyden ja toisaalta kilpailuun osallistuvien osapuolien kautta.

Taulukko 3. Julkisen ja yksityisen sektorin välinen suhde

Julkinen monopolituotanto	Ulkoistaminen	<i>Tilaaaja-tuottajamalli</i>	Kumppanuus
Julkinen ja yksityinen tuotanto omilla markkinoillaan	Ostaja-myyjä-suhde (julkinen sektori ostaa palveluita yksityiseltä)	<i>Tilaaaja-tuottaja-suhde (julkinen sektori tilaajana)</i>	Pitkäjänteinen yhteistyö

Taulukko 3 havainnollistaa, miten tilaaja-tuottajamallin käsitteen laajuus vaihtelee julkisen ja yksityisen sektorin välisen yhteistyön syvyydellä mitattuna. Suppeimmillaan tilaaja-tuottajamalli ei käytännössä eroa säännellyistä kilpailullisista markkinoista, kuten on, kun kunta tilaajana ostaa palveluita yksityisiltä palveluntarjoajilta. Tällöin tilaaja-tuottajamallin voidaan nähdä tarkoittavan käytännössä samaa kuin palveluiden ulkoistaminen yksityiselle sektorille eli palveluiden ostaminen yksityiseltä sektorilta. Toisaalta tilaaja-tuottajamallin sovellutukseksi voidaan lukea yksityisen ja julkisen sektorin välisen kumppanuuden malli (*public-private partnership*), jossa ulkoistamiseen verrattuna tilaajan ja tuottajan suhde rakentuu pitkäjänteiselle yhteistyölle yksinkertaisen ostaja-myyjä-suhteen sijaan (Tynkkynen, 2013). Ulkomaisessa kirjallisuudessa Le Grandin (Le Grand & Bartlett, 1993; Le Grand, 2007) vakiinnuttaman määritelmän mukaan tilaaja-tuottajamallin voidaan nähdä asettuvan johonkin ulkoistamisen ja kumppanuuden välille. Tätä määritelmää noudatan myös tässä työssä.

Taulukko 4. Ulkoiset, sisäiset ja näennäiset puolittaismarkkinat

Ulkoiset puolittaismarkkinat	Sisäiset puolittaismarkkinat	Näennäismarkkinat
Julkinen tuotanto ei osallistu kilpailutukseen (yksityiset tuottajat kilpailevat keskenään)	Yksityinen tuotanto ei osallistu markkinoille (kilpailutilanne julkisen tuotannon keskuudessa)	Julkisen sektorin hallinnollinen jako tilaaja- ja tuottajaorganisaatioihin (ei kilpailua)

Taulukko 4 kuvaa puolittaismarkkinoiden jaottelemista ulkoisiin, sisäisiin ja näennäisiin markkinoihin sen mukaan, ketkä voivat osallistua kilpailuun. Sisäisillä puolittaismarkkinoilla (joskus myös fiktionaaliset markkinat) tarkoitetaan julkisen tuotantomonopolin sisäistä jakautumista tilaaja- ja tuottajaorganisaatioihin, jolloin yksityiset yritykset eivät osallistu kilpailuun. Tällöin palveluntarpeen kaavoittaminen, ostojen suunnittelu ja päätöksenteko ovat yhden organisaation vastuulla, kun taas erilliset, itsenäisesti toimivat organisaatiot vastaavat palveluiden tuottamisesta. Mikäli tilaaja ja tuottaja ovat hallinnollisesti erotettu toisistaan julkisella sektorilla, mutta julkiset palveluntarjoajat eivät kilpaile keskenään, kutsutaan markkinoita näennäismarkkinoiksi¹. (Junnila, ym., 2012) VATT:n (1995) määritelmää mukaillen tässä työssä yksityisten tuottajien välistä kilpailua kutsutaan ulkoisiksi puolittaismarkkinoiksi;

¹ Tässä työssä käsite puolittaismarkkinat vastaa Kähkösen (2007) näennäismarkkinoiden käsitettä ja sisäiset puolittaismarkkinat Arosen ym. (2001) näennäismarkkinoiden käsitettä, erotuksena Junnilan (2012) näennäismarkkinoiden määritelmään.

mikäli kilpailua käydään julkisella sektorilla, puhutaan sisäisistä puolittaismarkkinoista; ja "aidoilla" puolittaismarkkinoilla julkinen ja yksityinen tuotanto kilpailevat aidosti keskenään. Tämän jaottelun mukainen aito kilpailu vastaa parhaiten Le Grandin tilaaja-tuottajamallin määritelmää (Le Grand, 2007).

Tilaaja-tuottajamallin oletetut hyödyt liittyvät kilpailun lisääntymiseen markkinoilla. Tilaajan ja tuottajan erottamisen toisistaan oletetaan lisäävän tuottajien painetta tehostaa toimintaa. Julkisen tuotantomonopolin pilkkomisen on lisäksi tarkoitus tehdä selkeä ero poliittisen päätöksenteon ja tuotannon välille. Ajatuksena on, että tilaajan ja tuottajan roolien erottamisen toisistaan pitäisi vähentää poliittisten päätöksentekijöiden kannusteita pyrkiä varmistamaan asemansa tukijoidensa keskuudessa ajamalla näiden etua, mikä vääristää markkinoita (Shleifer, 1998).

Tilaaja-tuottajamallin etuna on se, että se vähentää palvelun käyttäjien ja tuottajien välistä informaation epätasaisen jakautumisen ongelmaa ja parantaa kuluttajien neuvotteluvoimaa asettamalla tilaajan edustamaan käyttäjiä. Toimiakseen tehokkaasti tämä kuitenkin vaatii, että tilaaja tuntee käyttäjien halut ja tarpeet ja reagoi niiden muutoksiin, mikä saattaa käytännössä osoittautua hankalaksi. (Bartlett & Le Grand, 1993)

Tilaajan ja tuottajan erottamisen haittapuolena on palvelukokonaisuuksien pirstaloituminen. Käyttäjä näkee palvelun yhtenä kokonaisuutena, vaikka palveluita olisi tilaajan ja tuottajan välisessä sopimuksessa eritelty esimerkiksi hinnoittelua ajatellen. Jotta käyttäjän kokemus säilyisi eheänä, on palveluiden yhteensovittamiseen kiinnitettävä erityisesti huomiota. (Kähkönen, 2007)

Informaatiolla on keskeinen rooli siinä, kuinka tehokas sopimiseen perustuva tilaaja-tuottajamalli lopulta on. Le Grandin ja Bartlettin (1993) mukaan tuottajan tulee tuntea kustannuksensa ja osata hinnoitella palvelunsa, ja tilaajan tulee pystyä valvomaan hoidon määrää ja laatua vähentääkseen epäsuotuisia käyttäytymisvaikutuksia. Tieto on lähtökohtaisesti epätasaisesti jakautunutta, sillä loppukäyttäjään suoraan yhteydessä olevalla tuottajalla on luonnostaan parempi käsitys käyttäjän tarpeista sekä toteutuneen hoidon määrästä, laadusta ja kustannuksista kuin tilaajalla. Tiedon hankintaan ja välittämiseen liittyvät transaktiokustannukset syrjäyttävät osan järjestelmän mahdollisista hyödyistä. (Le Grand & Bartlett, 1993)

Sopimiseen perustuvassa tilaaja-tuottajamallissa epävarmuus tulevaisuudessa tarvittavista palveluista ja kysynnän suuruudesta vaikeuttaa optimaalisen sopimuksen määrittelyä ja siihen sitoutumista (Bartlett & Le Grand, 1993). Chalkleyn ja Malcomsonin (2000) mukaan sopimuskausien pituus ja uudelleen valituksi tulemisen todennäköisyys vaikuttavat valtion kannalta terveystaloudellisuuden ostamisen ja tuottajien kannalta palveluiden tarjoamisen kannattavuuteen. Poliittisten päätöksentekijöiden kannalta lyhyt sopimuskausi on houkuttelevampi, sillä siihen liittyy vähemmän riskiä, kun taas tuottajien kannalta pitkä kausi vähentäisi sitoutumiseen liittyvää epävarmuutta. Liian lyhyt sopimuskausi saattaa estää sopimuksen syntymisen, sillä tuottajalla ei ole varmuutta esimerkiksi uusiin tiloihin uppoavan alkuinvestoinnin kattamisesta, kun taas tilaaja hyötyy investoinnista välittömästi (*hold-up effect*). Sitoutuminen saattaa olla hankalaa myös sen vuoksi, että tuottaja tuntee kustannuksensa tilaajaa paremmin. Oikean suuruisen korvauksen määrittämisessä tuottajalla on ensimmäisellä sopimuskaudella etu, koska tilaaja ei vielä tunne tämän todellisia kustannuksia. Tuottaja tietää, että tilaaja asettaa seuraavalla kaudella korvaukset paljastuneiden todellisten kustannusten tasolle, joten sillä on kannusteita liioitella kustannuksia ensimmäisellä kaudella (*ratchet effect*). Toisaalta hyvä maine on tärkeää sopimusten uusimisen varmistamiseksi pitkällä aikavälillä. (Chalkley & Malcomson, 2000) Informaation paljastuminen ajan myötä luo edun tilaajan jo tuntemille vakiintuneille palveluntarjoajille ja toimii markkinoille pyrkiviä uusia tulokkaita vastaan (Le Grand & Bartlett, 1993). Kähkösen (2007) mukaan tarpeeksi pitkä sopimuskausi on tärkeä tilaajan ja tuottajan välisen luottamussuhteen syntymiseksi, sillä epävarmuus jatkosta syö tehokkuutta pitkällä aikavälillä.

3.3.2. Valinnanvapaus

Valinnanvapausmalleissa kilpailuun kannustetaan kysyntätekijöiden kautta. Mekanismi on yksinkertainen: jos palvelun käyttäjillä ei ole mahdollisuutta vaihtaa tuottajaa, tuottajilla ei ole kannusteita kehittää toimintaansa. Vaihdon mahdollisuuden avaaminen lisää kilpailun painetta, sillä kun palveluiden käyttäjät voivat "äänestää jaloillaan", tuottajat menettävät asiakkaita, mikäli he eivät kykene vastaamaan näiden tarpeisiin ja haluihin. (Le Grand, 2007) Yksityisillä tuottajilla on julkista tuotantoa paremmat kannusteet kustannustenhallintaan ja innovointiin, mutta myös suurempi houkutus kulujen leikkaamiseen laadun kustannuksella kannattavuuden parantamiseksi. Valinnanvapaus tasapainottaa nämä kannusteet: palvelun käyttäjien vapaus valita

vähentää yksityisten tuottajien kannusteita tehottomaan kulujen leikkaamiseen, mutta pitää edelleen yllä kannusteita kustannustehokkuuteen ja innovatiivisuuteen. (Shleifer, 1998)

Valinnanvapaudesta puhuttaessa tarkoitetaan usein hoitopaikan valintaa ja kenties myös hoitavan henkilön valintaa, mutta valinta saattaa kohdistua myös hoidon ajankohtaan, hoitomuotoon tai kommunikaatiotapaan (kasvokkain, puhelimesta tai netin välityksellä) (Le Grand, 2007). Suomessa valinnanvapauskeskustelu rajoittuu lähinnä hoitopaikan ja tietyiltä osin myös hoitavan henkilön valintaan. Hoitopaikan valintaa voidaan tarkastella kahdella tasolla: rekisteröitymisellä ensisijaisen terveyskeskuksen ja sairaalan asiakkaaksi, ja palvelusetelin käyttämisenä tietyn hyödykkeen tai palvelun vastaanottamiseen valitulta tuottajalta. Palveluseteli voi olla joko fyysinen seteli tai suoraan tuottajalle ohjattu maksu. Se on henkilökohtainen ja sidottu tietyn hyödykkeen tai palvelun ostamiseen, eli sen saa käyttöön tarpeen määrittämisen jälkeen. (Le Grand & Bartlett, 1993) Suomessa kunta valitsee tai hyväksyy vaihtoehtoiset tuottajat sekä järjestää käyttäjän tarpeen arvioinnin, jonka perusteella käyttäjälle myönnetään palveluseteli. Tämän jälkeen palvelusetelin haltija pääsee valitsemaan mieleisensä palveluntarjoajan. Yksi palvelusetelin versioista on henkilökohtainen budjetti, jossa käyttäjälle varataan rahaa käytettäväksi niin kuin hän parhaaksi näkee ennalta määriteltujen rajojen sisällä (Le Grand, 2007). Ikääntyvä henkilö, jonka liikuntakyky on heikentynyt, voisi esimerkiksi käyttää budjettiaan liikkumisen apuvälineen ostamiseen, fysioterapiaan tai kotipalveluiden hankkimiseen. Tässä työssä keskityn palvelusetelimalliin, koska sen tiimoilta on Suomessa käyty keskustelua suoraa hoitopaikan valintaa eli tuottajan valintaa ja henkilökohtaista budjettia enemmän.

Valinnanvapautta voidaan soveltaa eri mallien kautta palvelun käyttäjien tietotason ja markkinatilanteen mukaan. On yksinkertaistettua olettaa, että palvelun käyttäjä tekee päätöksiä itsenäisesti. Todellisuudessa esimerkiksi lääkärillä, palvelun käyttäjän omaisilla ja lähipiirillä sekä mahdollisesti vakuutusyhtiöllä on vaikutusta tehtyihin valintoihin (Le Grand, 2007). Valinnanvapaus voi olla laajempaa, mitä enemmän palveluiden käyttäjän saatavilla on tietoa ja tarvittaessa neuvonantoa päätöksenteon tueksi. Esimerkiksi henkilökohtainen budjetti sopii tilanteeseen, jossa käyttäjä tuntee tarpeensa hyvin ja osaa arvioida eri vaihtoehtojen sopivuutta itselleen, kun taas

palveluseteliä voidaan käyttää rajatusti vaikkapa tietyn rutiininomaisen, kiireettömän leikkausoperaation tuottajan valitsemiseen.

Le Grandin (2007) mukaan valinnanvapauden toteutumisessa aidon kilpailun ja helposti ymmärrettävissä olevan tiedon roolit korostuvat. Jotta palvelun käyttäjillä olisi valinnanvaraa, tulee markkinoilla olla useita tuottajia, sekä mahdollisuuden tulla markkinoille ja poistua sieltä tulee olla avoinna. Jotta kilpailu säilyisi myös pitkällä aikavälillä, monopolien syntymistä tulisi välttää. Luonnollisten monopolien alueilla kilpailua voidaan käydä markkinoista sen sijaan, että kilpailua käytäisiin markkinoiden sisällä. Tuottajien kannusteiden muodostumisessa käyttäjien päätöksenteon kriteereillä on merkitystä: valinnan tulisi olla tietoinen ja tietoon perustuva. Tässä helposti saatavilla oleva, tulkittava ja vertailtava informaatio on avainasemassa – vaikka potentiaaliset asiakkaat eivät käyttäisi kaikkea tietoa päätöksenteossaan, tiedon julkaiseminen kannustaa tuottajia parantamaan suoritustaan ja sitä kautta mainettaan, välillä tosin myös manipulaation ja muiden kyseenalaisten toimien kautta. (Le Grand, 2007)

Palvelusetelimallilla on etunsa tilaaja-tuottajamalliin nähden mitä tulee tilaajan ja tuottajan eli Suomessa kuntien ja tuottajien välisiin sopimuksiin. Siinä missä tilaaja-tuottajamalliin kuuluu tapauskohtainen kilpailuttaminen, palvelusetelimalli suosii tuottajien valtuuttamista hyväksymismenettelyllä. Tämä tarkoittaa, että kaikki tietyt kriteerit täyttävät tuottajat pääsevät listalle, josta palvelusetelin saaneet voivat haluamansa tuottajan valita (Volk & Laukkanen, 2007). Näin ollen markkinoilla pysyminen riippuu ensisijaisesti asiakkaista, siis palveluntuottajan houkuttelevuudesta käyttäjien silmissä. Hyväksymismenettelyllä voidaan välttää kilpailuttamiseen liittyviä hankaluuksia, kuten uudelleen valituksi tulemiseen ja investointeihin liittyvää epävarmuutta sekä jo markkinoilla olevien etulyöntiasemaa uusiin tulokkaisiin nähden. Lisäksi hyväksymismenettelyllä pienillä palveluntarjoajilla on paremmat mahdollisuudet päästä mukaan markkinoille kuin kilpailutuksissa, joissa suuret tuottajat menestyvät runsaampien resurssiensa ansiosta.

Taulukko 5 kiteyttää tilaaja-tuottajamallin ja palvelusetelimallin keskeisimmät erot ja ominaisuudet.

Taulukko 5. Tilaaja-tuottajamallin ja palvelusetelimallin ominaisuudet

	Tilaaja-tuottajamalli	Palvelusetelimalli
Käyttäjien asema	Tilaaja edustaa käyttäjää	Käyttäjällä vapaus valita
Kilpailun tyyppi	Kilpailutus, sopimuksen uusiminen kauden päätyttyä	Hyväksymismenettely, jatkuva sopimus
Tuottajat	Omia (julkisia) tai ulkoisia	Ulkoisia
Kohde	Yksittäisistä palveluista laajoihin palvelukokonaisuuksiin (esim. terveyskeskus)	Tarkkaan määritelty palvelu tietynlaisen tarpeen hoitamiseen

4 Puolittaismarkkinat Suomessa

4.1 Institutionaalinen konteksti

Suomessa lakisääteinen vastuu julkisen, kaikkien saatavilla oleva sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä on kunnilla. Vuonna 2013 arvioitiin, että kunnalliset sosiaali- ja terveyspalvelut on rahoitettu pääosin verovaroin (noin 65%), valtionosuuksilla (keskimäärin 30%) ja asiakasmaksuilla (5%) (STM, 2019). Palveluiden järjestämisvastuu ja tuottamisvastuu on erotettu niin, että kunnat voivat järjestää palveluntuotannon parhaaksi katsomallaan tavalla. Ne voivat tuottaa palvelut itse, tai joitakin viranomaistehtäviä lukuun ottamatta ostaa palvelut esimerkiksi yksityisiltä ja voittoa tavoittelemattomilta palveluntuottajilta (HE 90/2010).

Yksityiset terveyspalvelut ja työssäkäyvien työterveyshuolto täydentävät kunnallista palveluntarjontaa. Nämä palvelut on rahoitettu pakollisilla ja vapaaehtoisilla sairausvakuutusmaksuilla sekä työnantaja- ja asiakasmaksuilla. Jokainen Suomessa vakituisesti asuva on oikeutettu saamaan Kansaneläkelaitoksen (Kelan) sairausvakuutuskorvauksia esimerkiksi yksityisten terveyspalveluiden tutkimus- ja hoitokuluihin. Nämä korvaukset kattavat kuitenkin vain vähemmistön palveluiden hinnasta, minkä vuoksi asiakkaan oma maksuosuus on suurempi yksityisissä palveluissa kuin julkisissa palveluissa. (Tynkkynen, ym., 2016)

Taulukko 6. Sosiaali- ja terveystalveluiden monikanavamalli

	Kunnat	Yritykset ja yhteisöt	Työterveys
Pääsy	Kaikilla	Maksua vastaan	Työllisillä*
Rahoitus	Verot Valtionosuudet Asiakasmaksut	Sairausvakuutus - Kela - Yksityinen Asiakasmaksut	Työnantajamaksut Kela
Tuotanto	Julkinen Ostot yksityisiltä	Yksityinen	Yksityinen Julkinen

* Arviolta 80 prosentilla työntekijöistä vuonna 2016 oli työnantajan maksaman työterveyshuollon piirissä. Mukailten (Tynkkynen, ym., 2016).

Taulukko 6 havainnollistaa Suomessa vallitsevaa palveluiden ja rahoituksen monikanavamallia. Rinnakkaisia palvelukanavia on kolme, julkinen, yksityinen ja työterveyshuolto, sekä rinnakkaisia julkisia rahoituskanavia kaksi, julkisen palveluntuotannon verorahoitus ja yksityisen sektorin korvaukset julkisen sairausvakuutusrahoituksen muodossa. Tämä perusrakenne Suomen terveydenhuoltojärjestelmällä on ollut 1990-luvun alun valtionosuusuudistuksista lähtien. Ennen 1990-luvun alun uudistuksia terveydenhuoltojärjestelmä oli tiukasti valtion ohjauksen ja valvonnan alaisuudessa. Kunnilla oli lähinnä palveluiden tuottajan rooli, sillä rahoitus kanavoitui suoraan valtion määrittämiin kohteisiin, ja valtiolla oli sanavaltaa kaikkeen aina henkilöstöpäätöksiä myöten. 1990-luvun alun uudistusten myötä kunnat saivat enemmän vapauksia ja vastuuta terveystalveluiden järjestämisessä, ja niiden rooli alkoi muuttua palveluiden tuottajasta palveluiden järjestäjäksi. Asiakkaan valinnan mahdollisuudet toteutuivat edelleen valintana julkisen, yksityisen ja työterveyshuollon palveluiden välillä niiltä osin, kun yksilöllä oli siihen työllisyys- ja varallisuustilanteensa puitteissa mahdollisuus. (Häkkinen, 2005)

1990-luvun lopussa alkoivat ensimmäiset kokeilut kilpailullisuuden lisäämistä tilaajan ja tuottajan erillisiä rooleja korostavalla tilaaja-tuottajamallilla. Sosiaali- ja terveystalveluihin kokeilut laajenivat 2000-luvun alussa (Tynkkynen, ym., 2013). Samoihin aikoihin palvelusetelimalli, jossa asiakas saa valita mieleisensä palveluntuottajan hyväksytyjen tuottajien keskuudesta tiettyä palvelua koskien, alkoi levitä sosiaalipalveluissa. Vuonna 2004 astui voimaan laki palveluseteleistä sosiaalihuollon kotipalveluissa, ja palvelusetelilainsäädäntöä kehitettiin asteittain,

kunnes se vuonna 2009 laajeni koskemaan kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Samana vuonna astui voimaan ensimmäinen laki asiakkaan vapaudesta valita ensisijainen hoitopaikka, ja vuonna 2014 hoitopaikan valitseminen oli mahdollista koko Suomen alueella, samoin kuin hoitavan henkilön valinta, mikäli toimintayksikkö sen pystyy järjestämään (Tynkkynen, ym., 2016). Vuonna 2015 Sipilän hallitus aloitti lainvalmistelun laajasta sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksesta, jonka pyrkimyksenä oli yhtenäistää käytäntöjä ja lisätä markkinoiden kilpailullisuutta ja laajentaa valinnanvapautta entisestään. ”Sote”-uudistus kaatui vuonna 2019, mutta muutospaine uudistuksille säilyy.

4.2 Säännelty markkinat teorian valossa

Kokonaisvaltaista sote-uudistusta odotellessa, Suomen nykymuotoisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmän puitteet asettavat reunaehdot kaikille sen päälle rakennettavista malleista. Jotta voitaisiin arvioida puolittaismarkkinoiden toimivuutta, on syytä tuntea pohjalla olevan järjestelmän erityispiirteet ja ongelmakohdat. Miten Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmässä on otettu huomioon teoreettisessa kirjallisuudessa esiin nousseet kompastuskivet – epätäydellinen ja epäsymmetrinen informaatio, ulkoisvaikutukset ja julkishyödykkeen piirteet, sekä epätäydellinen kilpailu?

Kaikkien saatavilla olevalla julkisella terveydenhuoltojärjestelmällä vältetään sairausvakuutuksiin, ulkoisvaikutuksiin ja julkishyödykkeen piirteisiin liittyviä ongelmia. Kukaan ei voi pudota terveydenhuollon ulkopuolelle, ja verorahoitteisuudella kierretään vapaamatkustajaongelma. Järjestelmä on siten lähtökohtaisesti hyvin tasa-arvoinen. Tiedon epäsuhtaan ja epätäydelliseen kilpailuun liittyviä kysymyksiä sen sijaan ei voida lukea ratkaistuiksi.

Periaatteessa tiedon epäsuhta potilaan ja hoitavan henkilökunnan välillä on merkitykseltään vähäisempi ongelma julkisen terveydenhuollon oloissa kuin kilpailullisilla markkinoilla. Kun tavoitteena ei ole voiton tekeminen ja rajalliset resurssit kannustavat ratkaisemaan potilaiden ongelmat yhdellä kertaa, pitäisi laadun olla tasaista ja tarkoituksellisen yli- tai alihoidon vähäistä. Mikäli käyttäjillä on mahdollisuus valita eri hoitopaikkojen väliltä, tapahtuu valinta näissä oloissa jonotilanteen ja terveystieteiden läheisyyden kaltaisten tekijöiden perusteella (Junnila, ym., 2016). Käytännössä kuntien käytettävissä olevan budjetin rajallisuus ja alueellinen vaihtelu budjetin suuruudessa

saattaa kuitenkin näkyä eroina palveluntarjonnan monipuolisuudessa ja henkilöä kohden käytettävässä rahamäärässä, hoidon tasossa ja henkilökunnan riittävydessä. Monikanavaisuus voi aiheuttaa vähintäänkin odotuksia erilaisesta laadusta julkisella puolella, yksityisellä puolella ja työterveyshuollossa – eroja on tunnetusti ainakin hoitoon pääsyn nopeudessa (Junnila, ym., 2016). Julkisella puolella palveluiden voisi olettaa olevan oikeudenmukaisesti ja oikein hinnoitellut, mikä vähentää informaatio-ongelmaa. Toisaalta hintaerot julkisen ja yksityisen sektorin välillä saattavat aiheuttaa epätietoisuutta siitä, miten palvelut eroavat toisistaan laadullisesti. Hintojen vertailtavuutta heikentää se, että julkiset palvelut ovat pääosin verovaroin rahoitetut, joten asiakasmaksut voidaan pitää julkisella puolella matalina tai ne voidaan poistaa kokonaan; yksityisellä puolella taas asiakasmaksuihin saa Kela-korvausta.

Kilpailun rajoitteista suurimpia ovat palveluiden järjestäminen paikallistasolla sekä monikanavainen rahoitus ja palvelutuotanto. Palveluiden järjestäminen paikallisista lähtökohdista lisää tuotannon joustavuutta, mutta on myös herättänyt huolta siitä, miten väestöpohjaltaan ja ominaisuuksiltaan erilaiset kunnat suoriutuvat velvoitteestaan. 1990-luvulla arvioitiin, että Suomen keskimääräinen kuntakoko on liian pieni yhtäältä kantamaan taloudellista riskiä sairauksien esiintyvyyden satunnaisuudesta ja toisaalta luomaan edellytykset riittävään asiantuntevuuteen ja neuvotteluvoimaan kilpailutuksissa kustannus- ja laatu-tietouden kannalta (VATT, 1995). Osa kunnista on liian pieniä sekä tuottamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunsa kannattavasti itse, että kilpailuttamaan palveluntuotantonsa (Aronen, ym., 2001). Toisaalta tuore tutkimustieto osoittaa, että yleisesti pieni kuntakoko ei ole esteenä kilpailuttamiselle, sillä kunnallisissa kilpailutuksissa on keskimäärin vähintään yhtä monta osallistujaa kuin kuntayhtymien, sairaanhoitopiirien tai valtion järjestämissä kilpailutuksissa. Tämä saattaa kieltä siitä, että kilpailun syntymisen esteenä ovat ennemminkin laajat ja raskaat sopimukset. (Jääskeläinen & Tukiainen, 2019) On mahdollista, että esimerkiksi lainsäädännöllinen kehikko sopimusten tekemiseen olisi optimaalisempi, jos markkinaehtoisia malleja kehitettäisiin keskitetysti. Yleisten käytäntöjen puutteen myötä markkinaehtoisten mallien suunnitteluun ja käyttöönottoon liittyvät kustannukset saattavat olla kunnille suuret. Toimintatapojen hajanaisuus saattaa puolestaan lisätä alueellista eriarvoisuutta palveluiden saatavuudessa ja palveluvalikoiman laajuudessa (Tynkkynen, ym., 2013). Mittakaavaongelmaa on jo 1990-

luvun alussa pyritty helpottamaan ulkoistamalla erikoissairaanhoidon palvelut useamman kunnan kattaville sairaanhoitopiireille, jotka ovat kuntayhtymien omistamia, mutta toimivat itsenäisesti. Poliittisia toimia väestöpohjan koon kasvattamiseksi ovat lisäksi olleet kuntaliitoksiin ja kuntien väliseen yhteistyöhön kannustaminen. (Tynkkynen, ym., 2013) Sipilän hallituksen sote-uudistus oli yhteydessä maakuntauudistukseen, jonka myötä sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisvastuu olisi siirtynyt kunnilta lukumäärältään harvemmille ja mittakaavaltaan laajemmille maakunnille (HE 15/2017).

Monikanavainen rahoitus ja palvelutuotanto mainitaan esteenä sekä yksityisten ja julkisten palveluntuottajien kilpailemiseksi tasavertaisina samoilla markkinoilla, että kustannusten hillitsemiseksi (VATT, 1995). Erillisillä markkinoilla kilpailun täyttää potentiaalia ei voida saavuttaa. Mikäli esimerkiksi kunta on pääasiallinen palveluiden tilaaja paikallistasolla, ovat yksityisten tuottajien mahdollisuudet osallistua markkinoille rajoitetut (Kähkönen, 2007). Monikanavaisuus aiheuttaa tehottomuutta kannustamalla kustannusten siirtoon eri kanavien välillä. Tämä näkyy esimerkiksi julkisiin palveluihin jonottamisen kustannuksissa, jotka lankeavat Kelan maksettavaksi sairauspäivärahojen ja lääkekorvauksien muodossa. Monikanavaisuus luo myös kannusteita päällekkäisten järjestelmien ylläpitämiseen. Suomessa on esimerkiksi kaksi laboratorioverkkoa. Julkiselta sektorilta ostettuihin laboratoriopalveluihin ei saa Kela-korvausta, kun taas yksityiseltä sektorilta ostettuihin saa, mikä mahdollistaa korkeamman hinnoittelun yksityisellä puolella ja siten kannustaa yksityisen laboratorioverkon ylläpitoon. (Aronen, ym., 2001)

Julkisten ja yksityisten tuottajien välinen kilpailu on aina jossain määrin epätäydellistä, sillä tuottajien tavoitteet, toimintalogiikka ja niitä koskevat säännöt eroavat toisistaan (Kähkönen, 2007). Läpinäkyvyyttä kilpailuun tuo hankintalaki, jonka puitteissa suuret julkiset sosiaali- ja terveydenhuollon hankinnat on tehtävä. Hankintalaki määrittelee yhteiset säännöt kilpailutukselle. Toisaalta pienten palveluostojen tekemistä helpottaa se, että alle 400 000 euron (vuoteen 2017 asti 100 000 euron) suuruisiin ostoihin ei tarvitse järjestää hankintalain mukaista julkista tarjouskilpailua (HE 108/2016).

Palveluiden ostaminen ja ulkoistaminen on lisääntynyt vuosien saatossa. Arvion mukaan vuonna 1999 kaikki ostopalvelut, sisältäen palveluseteliostot, vastasivat vajaata kuutta

prosenttia sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksista (Aronen, ym., 2001). 2010-luvulle tultaessa arvioitiin, että noin neljäsosa kaikista julkisista sosiaali- ja terveyspalveluista olisi yksityisesti tuotettuja (Tynkkynen, ym., 2013). Nykypäivänä sosiaali- ja terveydenhuollon markkinat kuuluvat eniten kilpailuttavien markkinoiden joukkoon, ja hankintalain mukaisen ilmoitusvelvollisuuden piiriin lukeutuvat kilpailutukset ovat arvoltaan huomattavia – tarjouksien mediaanisuuruus on 680 000 euroa. Tarjoajien mediaanimäärä kilpailutuksissa on kuitenkin vain kaksi ja 45 prosentissa tapauksista jätetty tarjous koskee vain osaa kilpailutettavasta kokonaisuudesta. (Jääskeläinen & Tukiainen, 2019) Jääskeläisen ja Tukiaisen (2019) mukaan tarjouksien vähäinen määrä julkisissa tarjouskilpailuissa liittyy osallistuneiden ja potentiaalisten kilpailijoiden vähyyteen. Sopimuksesta ja kilpailuttamisprosessista pitäisi tehdä houkuttelevampaa ja osallistumisen kustannuksia tulisi vähentää, jotta pienemmillä tuottajillakin olisi mahdollisuuksia pärjätä kilpailussa ja siten kannusteita osallistua kilpailutukseen (Jääskeläinen & Tukiainen, 2019).

Kilpailupotentiaalia on sekä pienemmille että laajemmille palvelukokonaisuuksille. Kunnat alkoivat ulkoistaa sosiaali- ja terveydenhuollon niin kutsuttuja oheis- tai tukipalveluita, kuten asumis- ja kuljetuspalveluita sekä siivousta, jo 1980-luvulla (Tynkkynen, ym., 2013). Heinon (2008) Varsinais-Suomen pienten kuntien sosiaalipalveluiden järjestämiseen keskittyvän kyselytutkimuksen mukaan kunnissa mieluiten kilpailutettaisiin juuri sellaisia ydintoiminnan ulkopuolella olevia palveluita, joita voi ostaa yksityiseltä sektorilta jo ennestään. Ostopalveluilla on selkeästi kunnallisia palveluita täydentävä rooli, minkä vuoksi ostot eivät ensisijaisesti koske kuntien suurimpia menoeriä aiheuttavia palveluita (Heino, 2008). Toisaalta jo vuosituhanen vaihteessa muutamassa kunnassa oli ulkoistettu tai yritetty ulkoistaa kaikki perusterveydenhuollon palvelut naapurikuntien ja kuntayhtymien tuotettavaksi (Aronen, ym., 2001); myöhemmin suurten kokonaisuuksien ulkoistuksia on tehty myös siksi, että yhteistyö naapurikuntien kanssa ei ole onnistunut (Tynkkynen, ym., 2013).

4.3 Tilaaaja-tuottajamallin kehitys Suomessa

Suomessa tilaaja-tuottajamallin käytännön sovellutukset ovat olleet kaukana teoreettisista aidoista puolittaismarkkinoista. Julkinen ja yksityinen tuotanto eivät pääsääntöisesti kilpaile keskenään samoilla markkinoilla. Lähes kaikki tilaaja-tuottajamallin kokeilut koskevatkin ulkoisia puolittaismarkkinoita, joissa kunnat ovat

tilaajia ja yksityiset yritykset ja yhteisöt tuottajia, tai sisäisiä näennäismarkkinoita, joille yksityinen tuotanto ei osallistu. Tällöin tilaaja-tuottajamalli on enemmänkin johtamistapa kuin rakenteellisia muutoksia aiheuttava malli, mutta sen oletettuja hyötyjä ovat edelleen esimerkiksi kustannus- ja laatu-tietoisuuden parantuminen (Junnila, ym., 2012).

Mallin levinneisyydestä on vaikea muodostaa kokonaiskäsitystä, sillä tietoa sen käytöstä ei keskitetysti kerätä. Vuonna 2012 arviolta noin 20 prosenttia kunnista käytti sekä sisäistä että ulkoista tilaaja-tuottajamallia (Junnila, ym., 2012), mutta tämän jälkeen useimmat tilaaja-tuottajamallia kokeilleet kunnat ovat luopuneet mallista (Jonsson, ym., 2016). Näyttää todennäköiseltä, että tilaaja-tuottajamalli sellaisenaan on menettänyt suosiotaan ja on muuttanut muotoaan tai sulautunut osaksi toisia menetelmätapoja. Kokonaisvaltaisuutta korostavat suuntaukset, kuten elämäntapaajattelu (Jonsson, ym., 2016) ja palveluiden integraatio (Tynkkynen, ym., 2016) vaikuttavat vallan alueen alaa. Palveluiden järjestämisen ja tuottamisen vastuun erottaminen toisistaan näyttää kuitenkin säilyneen ideana, sillä se oli keskeisenä piirteenä myös Sipilän hallituksen sote-uudistuksessa.

4.3.1 *Tilaaja-tuottajamalli teorian valossa*

Tilaaja-tuottajamallin teoreettiset edut liittyvät toiminnan tehostumiseen kilpailun lisääntyessä ja roolien selkeytyessä sekä informaatio-ongelmien vähenemiseen tilaajan edustaessa palveluiden käyttäjää. Tilaaja-tuottajamallin tehokkuutta arvioitaessa on näin ollen tutkittava parantaako edustuksellisuus käyttäjän asemaa, onko markkinoilla kilpailua ja vaikuttaako toiminta tehostuneen.

Tilaaja-tuottajamallissa neuvotteluvoimaltaan vahvempi tilaaja edustaa palveluiden käyttäjää, minkä oletetaan vähentävän informaatio-ongelmia ja parantavan palveluiden sopivuutta käyttäjän tarpeisiin. Koska vertailukohtana on julkinen terveydenhuoltojärjestelmä, jossa kannusteet käyttäjän epätietoisuuden hyväksikäyttämiseen ovat oletettavasti vähäisiä, olennaisempia mittareita ovat informaation kulku, palveluiden sopivuus ja hoitoon pääsyn nopeus. Tilaajan tehtävä on tunnistaa käyttäjän halut ja tarpeet ja vastaa niiden muutoksiin. Käytännössä tilaajan tuntemus käyttäjien tarpeista on havaittu puutteelliseksi, ja rajallisten resurssien vuoksi päätöksiä on saatettu tehdä kustannuslähtöisesti ennemmin kuin asiakkaiden tarpeiden kartoituksen perusteella (Junnila, ym., 2012). Tämä tarkoittaa, että tilaaja-tuottajamalli

ei välttämättä kohenna käyttäjien asemaa palveluiden sopivuuden kannalta, ja että tilaajatahon erottaminen käyttäjän kanssa suoraan toimivasta tuotannosta saattaa lisätä potentiaalisia informaatio-ongelmia. Roolien erottaminen monimutkaistaa tiedonkulkua käyttäjän, tilaajan ja tuottajan välillä. Käyttäjä ei välttämättä tiedä kehen olla yhteydessä (Mäkivirta, 2014), ja vastuunjaossa tilaajan ja tuottajan välillä on raportoitu olevan epäselvyyttä (Junnila, ym., 2012). Mäkivirran opinnäytetyön (2014) mukaan Hämeenlinnassa havaittiin, että tilaaja-tuottaja-jako saattaa hidastaa käyttäjän tarpeisiin vastaamista, sillä palveluihin voidaan tehdä muutoksia vasta tilaajan suorittaman tarvearvioinnin jälkeen. Toisaalta Tampereella koettiin, että tilaaja-tuottajamalli on tarjonnut kehikon toimivan asiakasohjauksen eli tarpeen arvioinnin kehittämiseen, ja että kysynnän muutoksiin voidaan vastata nopeammin, kun on joukko alihankkijoita valmiina käytettäväksi, siinä missä aiemmin olisi pitänyt kilpailuttaa jokainen uusi palveluosto erikseen. Nopeus tarkoittaa hoitavien henkilöiden määrän lisääntymistä, mikä on Mäkivirran mukaan ikääntyvien keskuudessa koettu epämiellyttäväksi. (Mäkivirta, 2014) Mahdolliset saavutukset oikeanlaisten palveluiden pariin pääsyssä ja toiminnan nopeudessa saattavat siis toteutua muiden asiakaskokemukseen vaikuttavien osa-alueiden kustannuksella.

Kilpailuttaminen tilaaja-tuottajamallissa ei eroa mekanismiltaan tavanomaisesta palveluiden ulkoistamisesta, mikä tarkoittaa, että ongelmat ovat pitkälti samoja kuin säänneltyjen markkinoiden oloissa. Aiempien havaintojen mukaisesti sopivien tuottajaehdokkaiden vähyys on kunnissa noussut kilpailuttamisen esteeksi (Aronen, ym., 2001; Junnila, ym., 2012). Kähkösen tukipalveluita koskevien tutkimusten (ks. Kähkönen, 2007) mukaan edes tukipalveluissa kilpailijoita ei ole markkinoilla riittävästi, tai sitten kilpailu tyrehtyy suurten yritysten hallitsevaan markkina-asemaan. Junnilan ja kumppaneiden tutkimuksessa (2012) valtaosalla viidestä tutkimuskunnasta oli kokemuksia tai pelkoja markkinoiden keskittymisestä. Odotusten mukaisesti kuntien väestöpohja ja maantieteellinen sijainti vaikuttavat yksityisten tuottajien määrään: Helsingin vanhustenhuollossa yksityisiä tuottajia raportoidaan olevan runsaasti, kun taas Jämsässä ei lainkaan (Junnila, ym., 2012).

Suomessa puolittaismarkkinat kattavat erikoissairaanhoidon ja vanhusten asumispalveluiden kaltaisten palveluiden lisäksi myös perusterveydenhuollon palvelut. Näin ulkoistamisen kohteena voivat olla laajemmat palvelukokonaisuudet, mikä osaltaan

saattaa estää kilpailun syntymistä, sillä tuotannon keskittyminen laajoissa kilpailutuksissa pärjääville suurille yrityksille luo maaperää paikallisen monopolin syntymiselle. (Tynkkynen, ym., 2013) Kilpailutus saattaa johtaa monopoliin myös siksi, että kilpailuttaminen ei tyypillisesti ole jatkuvaa, ja jos voittajaksi valitaan vain yksi tuottaja, muut kilpailijat poistuvat markkinoilta (Kähkönen, 2007). Toisaalta tilaaja-tuottajamallia ja palveluiden ulkoistamista voidaan käyttää apuvälineenä kilpailun puutteen ja toiminnan keskittymisen murtamiseen. Junnilan ja kumppaneiden (2012) mukaan joissakin tutkimuskunnissa ulkoistuksien elinkeinopoliittisia tavoitteita ovat paikallisten yritysten toiminnan tukeminen ja työpaikkojen varmistaminen. Markkinoita voidaan tietoisesti luoda avaamalla sellaisia palveluita kilpailulle, jotka eivät aikaisemmin ole olleet potentiaalisten tuottajien saavutettavissa tai mielenkiinnon kohteena (Kähkönen, 2007).

Tilaaja-tuottajamallia sovelletaan yleisen hankintalain puitteissa, mikä tekee kilpailuttamisesta ja sopimisesta usein työläään prosessin. Näistä lähtökohdista pienet tilaajaorganisaatiot kohtaavat usein hankaluuksia mitä tulee osaamiseen sopimusten tekemisessä, asiakkaiden palvelutarpeiden tunnistamisessa ja palveluiden tuotteistamisessa (Tynkkynen, ym., 2013). Suurempien kuntien paremmat valmiudet kilpailuttamiseen havaittiin jo vuosituhaten vaihteessa. Arosen ja kumppaneiden (2001) mukaan toistuvasti ilmeneviä ongelmia kilpailutuksessa on palvelutuotteen määrittelyssä, vertailukelpoisen tiedon saamisessa hinnoitteluun eli omien kustannusten ja kilpailuttamisesta syntyvien transaktiokustannusten tuntemuksessa, sekä laadunvalvonnassa. Toisaalta Kähkösen mukaan suurissakaan kunnissa asiantuntemusta ei ole ollut tarpeeksi sisäisen tilaaja-tuottaja-jaon toteuttamiseksi ilman henkilöstöresurssien lisäystä (ks. Kähkönen, 2007).

Kokonaistehokkuuden kannalta panostukset henkilöstöresursseihin, osaamiseen ja markkinoiden luomiseen vaativat vastapainokseen selkeitä hyötyjä. Mikäli transaktiokustannukset ovat saavutettuja hyötyjä suuremmat, ei tilaaja-tuottajamalli ole kunnille tehokas tapa järjestää toimintaansa. Junnilan ja kumppaneiden (2012) viiden tutkimuskunnan kokemukset eivät yksiselitteisesti tue tai tyrmää tilaaja-tuottajamallin oletettuja hyötyjä – saavutetut hyödyt ja kilpailulliset vaikutukset ovat tapauskohtaisia. Mäkiwirran (2014) tutkielmasta selviää, että Hämeenlinnassa tilaaja-tuottajamallin hyödyt arvioitiin transaktiokustannuksia suuremmiksi, vaikkakaan varsinaista

kustannusarviota ei ollut tehty. Tampereella taloustiedot tukivat arviota, jonka mukaan hyödyt olisivat haittoja suuremmat. Molemmissa kunnissa kustannustietoisuuden ja läpinäkyvyyden koettiin parantuneen. Transaktiokustannuksista todetaan, että niiden syntyminen ei välttämättä olisi niinkään tilaaja-tuottajamallista kiinni, kuin yleensä palvelujen ostamisesta ja monituottajamalliin siirtymisestä. Tutkielmassa todetaan kuitenkin, että tilaaja-tuottajamalli kasvattaa etenkin tilaajaorganisaation kokoa, sillä läpinäkyvyyden vaade lisää hallintoportaita. (Mäkivirta, 2014) Kähkösen tutkimukset tilaaja-tuottajamallista tukipalveluissa tukevat havaintoa tilaajaorganisaation koon kasvusta (ks. Kähkönen, 2007).

Kaiken kaikkeaan saatavilla ei ole riittävästi aineistoa, jotta voitaisiin yleistää päätelmiä tilaaja-tuottajamallin hyötyjen ja kustannusten suhteesta Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon oloissa. Sovelletut menetelmät ja lähtökohdat vaihtelevat kunnittain, ja myös tulokset ovat tapauskohtaisia. Tilaaja-tuottajamallin hiipuneesta suosioista päätellen vaikuttaisi kuitenkin siltä, että pelkkä tilaaja-tuottaja-jako ei tarjoa riittävästi etuja voittaakseen vallitsevan järjestelmän tai vaihtoehtoiset mallit.

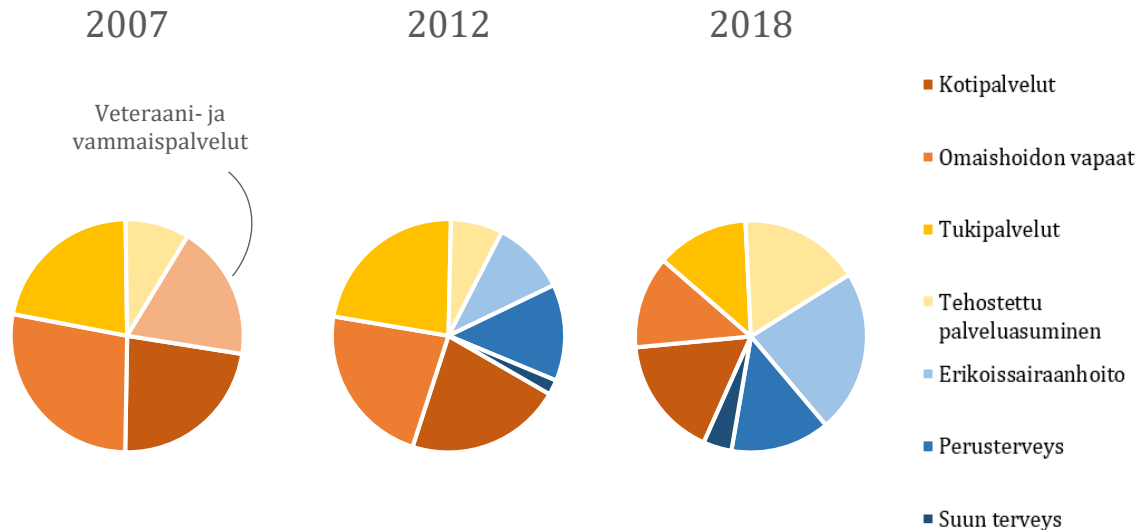
4.4 Palvelusetelimallin kehitys Suomessa

Palveluseteleitä tarjoavien kuntien määrä ja seteleiden käyttökohteet ovat lisääntyneet merkittävästi 2000-luvun alusta. Kehitystä on ohjannut palvelusetelilainsäädäntö, joka astui voimaan vuonna 2004 koskien sosiaalihuollon kotipalveluita. Vuonna 2008 lainsäädäntö laajeni koskemaan kotisairaanhoidon, mahdollistaen kotipalveluista ja kotisairaanhoidosta yhdistetyn kotihoidon tarjoamista. Vuonna 2009 laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä (569/2009) poisti palvelukohtaiset rajoitukset kokonaan, jolloin tuli mahdolliseksi soveltaa palveluseteliä joustavasti sosiaali- ja terveystaloudissa. Palvelusetelien käyttökohteet ovatkin laajentuneet etenkin viime vuosina, mutta niitä käytetään edelleen eniten sosiaalihuollossa ikääntyville suunnatuissa palveluissa (Nemlander & Sjöholm, 2018).

Kuten tilaaja-tuottajamallin kohdalla, palvelusetelin käytön ja kokeilujen kartoittamista hankaloittaa, että tietoa ei kerätä systemaattisesti. 1990-luvun puolivälissä arvioitiin, että palveluseteliä käyttäisi 13 kuntaa (VATT, 1995). Vuoden 2001 palvelusetelien käyttöä kartoittaneeseen kyselytutkimukseen vastanneista 311 kunnasta 116 raportoi käyttävänsä palveluseteliä joissakin sosiaalipalveluissa (Räty, ym., 2004). Vuonna 2007 arvioitiin, että neljännes kunnista tarjoaa palveluseteliä joihinkin sosiaali- ja

terveydenhuollon palveluihin (Volk & Laukkanen, 2007), mutta vuonna 2015 määrä oli kivunnut jo kolmeen neljäsosaan (Nemlander & Sjöholm, 2015).

Kaavio 1. Palveluseteleiden yleisimmät käyttökohteet vuosina 2007, 2012 ja 2018



2007: viittaa antava jakauma useimmiten tarjotuista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluseteleistä niitä käyttävien kuntien määrän mukaan. Mukaillen Volk & Laukkanen (2007). 2012 ja 2018: viittaa antavat suhteelliset osuudet neljästä suosituimmasta käyttökohteesta sosiaalipalveluissa (kotipalvelut, omaishoidon vapaat, tukipalvelut ja sosiaalihuoltolain mukainen tehostettu palveluasuminen); terveyspalveluissa erikoissairaanhoito, perusterveydenhuolto ja suun terveydenhuolto. Mukaillen Nemlander & Sjöholm (2015 ja 2018).

Kuvaaja 1 havainnollistaa palveluseteleiden käyttökohteiden laajentumista. Vuonna 2001 palveluseteleitä käytettiin useimmiten sotainvalidien ateriapalveluissa, kuljetuspalveluissa, lasten päivähoidossa ja omaishoitajien vapaiden järjestämisessä (Räty, ym., 2004). Vuonna 2007 seteleitä käytettiin eniten kotipalveluissa, siivouksessa ja omaishoitajien vapaiden järjestämisessä (Volk & Laukkanen, 2007). Vuonna 2012 palveluseteleiden kohdistuminen jakautui sosiaali- ja terveyspalveluiden välillä niin, että reilu neljäsosa kohdistui terveyspalveluihin ja loput kolme neljäsosaa sosiaalipalveluihin, ja tämä jako pysyi samana vuoteen 2015 (Nemlander & Sjöholm, 2015). Vuoteen 2018 mennessä palveluseteleiden osuus terveyspalveluissa oli kasvanut 40 prosenttiin ja vastaavasti sosiaalipalveluiden seteleiden osuus laskenut 60 prosenttiin. Uusimman arvion mukaan sosiaalipalveluissa seteleitä käytetään edelleen kotipalveluissa, tukipalveluissa kuten siivouksessa ja omaishoitajien vapaan aikaisissa palveluissa, mutta näiden kanssa samansuuruisella osuudella myös tehostetussa palveluasumisessa.

Terveyspalveluissa erikoissairaanhoidon palvelusetelien määrä nelinkertaistui vuodesta 2015 vuoteen 2018, ja vastaa jo yli puolta kaikista terveyspalveluiden seteleistä, kun taas suun terveydenhuollossa ja perusterveydenhuollossa kasvu on ollut maltillisempaa (Nemlander & Sjöholm, 2018).

Palvelusetelien rahallinen merkitys on ollut kokonaisuuden kannalta pientä viime vuosiin saakka. Vuonna 2012 kuntien yhteenlaskettujen palvelusetelimenojen arvioitiin olevan 50 miljoonaa euroa, siinä missä sosiaali- ja terveydenhuollon julkisten hankintojen yhteenlaskettu arvo oli noin 2,7 miljardia euroa lukuun ottamatta pieniä alle 100 000 euron hankintoja ja suorahankintoja (Lith, 2013). Vuonna 2018 sosiaali- ja terveystoimen palvelusetelimenojen arvo oli kohonnut jo 183 miljoonaan euroon (THL, 2019). Vaikka luvut eivät ole täysin vertailukelpoisia erilaisen laskentatavan takia, antanee muutos osviittaa todellisesta kehityksestä. Vielä 2010-luvun korvilla palveluseteliasiakkaiden osuus palvelusetelituottajien asiakaskunnasta ja liikevaihdosta oli vähäinen (Volk & Laukkanen, 2007; Linnosmaa, ym., 2012). Palvelusetelimallin ei pääsääntöisesti koettu lisäävän palveluiden kysyntää tai liiketoiminnan kannattavuutta, mikä liittyy siihen, että monet asiakkaat siirtyvät ostopalveluasiakkaista palveluseteliasiakkaiksi saman yrityksen sisällä. Lisäksi transaktiokustannusten raportoitiin syövänsä palvelusetelimallista syntyviä tuottoja. (Linnosmaa, ym., 2012) Tuoreen tutkimustiedon puuttuessa on hankala arvioida, missä määrin palvelusetelimenojen kasvu heijastuu liiketoiminnan kannattavuuteen.

4.4.1 Palvelusetelimalli teorian valossa

Palvelusetelien keskeiset edut tavanomaisiin palveluostoihin verrattuna ovat asiakkaan valinnanvapaus, tuottajien toiminnan jatkuvuus lyhyisiin sopimuskausiin verrattuna, tuottajien hyväksyminen kriteereiden perusteella raskaan kilpailuttamisen sijaan, lisääntynyt kyky vastata palveluntarpeen vaihteluun, paikallisten monopolien välttäminen ja kilpailusta syntyvät kannusteet toiminnan kehittämiseen (Volk & Laukkanen, 2007). Palvelusetelimallin toimivuuden arvioinnin kannalta keskeistä on näin ollen selvittää, onko käyttäjillä todellisuudessa valinnan mahdollisuutta, eli vältetäänkö epätäydellisen kilpailun ongelmat ja ratkaiseeko valinnanvapaus informaatio-ongelmia. Koska palveluseteli on henkilökohtainen, olennaista on myös arvioida, miten malli suoriutuu epäsuotuisten kannusteiden ja oikeudenmukaisuuden kannalta.

Sen lisäksi että valinnanvapausmalleissa aito valinnanvara on ensisijaisen tärkeää kaavailtujen kannusteiden toteutumiseksi, potentiaalisten tuottajien määrä vaikuttaa siihen, voidaanko paikallisten monopolien synty ja muut epätäydellisen kilpailun ongelmat välttää. Palvelusetelimallissa ostojen kohteena ovat pienemmät palvelukokonaisuudet, mikä madaltaa kynnystä tulla markkinoille ja mahdollistaa pienempien yritysten osallistumisen markkinoille. Silti suurin syy sille, miksi palveluseteliä ei ole lainkaan otettu käyttöön kunnissa, on raporttien mukaan tuottajien puute. Esimerkiksi vuoden 2007 palvelusetelin käyttöönottoa kartoittavan kyselyn mukaan palveluntuottajien riittämätön määrä oli esteenä palvelusetelin käytölle myös isommissa kunnissa (Volk & Laukkanen, 2007). Vuonna 2018 vastaavanlaisessa selvityksessä tuottajien määrän lisääntymistä pidettiin edelleen tarpeellisenä aidon valinnanvaran toteuttamiseksi ”-- etenkin pienemmillä paikkakunnilla ja Pohjois-Suomen alueilla.” (Nemlander & Sjöholm, 2018, s.14) Tuottajapulaa saattaa osittain selittää se, että palveluseteliasiakkaiden määrä paikallistasolla ei välttämättä riitä tekemään toiminnasta kannattavaa tuottajille.

Alueelliset erot valinnan mahdollisuudessa eivät rajoitu siihen, onko valinnanvaraa ylipäättään, vaan vaikuttavat myös siihen, kuinka laajalla joukolla valinnanvapaus toteutuu. Vaihtelut palvelusetelin omavastuuosuudessa horjuttavat oikeudenmukaisuuden ja alueellisen yhdenvertaisuuden tavoitteiden saavuttamista. Palvelu- ja asiakaskohtainen vaihtelu omavastuuosuudessa pantiin merkille jo varhaisessa Lahden seudun kuntien palvelusetelikokeilussa 2000-luvun alussa (Kaskiharju & Seppänen, 2004). Vuonna 2007 asiakkaan maksuosuuden lisäksi huomiota kiinnitettiin palvelusetelin kiinteään arvoon, jonka tulisi ostovoiman säilyttämiseksi reagoida hintakehitykseen; sekä matkakulujen sisällyttämiseen palvelusetelin arvoon, mikä lisäisi yhdenmukaisuutta syrjäseudulla asuvien kannalta (Volk & Laukkanen, 2007). Palvelusetelin arvo ja omavastuuosuus vaikuttavat siihen, kuinka laajasti seteleille on kysyntää ja minkälaiseksi käyttäjäjoukko muodostuu. Volkin ja Laukkasen (2007) mukaan palvelusetelin arvon suhteessa palveluiden hintoihin nähdään vaikuttavan kunnallisten palveluiden kysyntään. Parempituloisilla on taloudellisia kannusteita verrata itse ostettujen arvonlisäisten, mutta kotitalousvähennykseen oikeuttavien palveluiden hintaa arvonlisättömiin sosiaalihuollon palveluihin ja tämän perusteella päättää, hakeutuako julkisten palveluiden pariin vai ostaako samat palvelut yksityiseltä sektorilta (Volk & Laukkanen, 2007). Linnosmaa ja kumppanit (2012) arvioivat Helsingin

kaupungin vanhusten palveluasumista koskevan rekisteriaineiston perusteella vuonna 2011, että palveluseleitä käyttävät on keskimäärin iäkkäämpää ja parempituloisempaa kuin kunnan järjestämiä asumispalveluita käyttävät asiakkaat. Havainnot tukevat käsitystä siitä, että varallisuus vaikuttaa valintaan kunnallisen palvelun ja palvelusetelin välillä: parempituloisilla on kannusteita verrata asiakasmaksuja kunnallisessa palveluasumisessa palvelusetelin omavastuuosuuteen. (Linnosmaa, ym., 2012)

Käyttäjien valikoituminen palvelusetelin rahoituksellisten ominaisuuksien perusteella saattaa luoda tuottajille ja kunnille yhteiskunnallisen kokonaistehokkuuden kannalta epäsuotuisia kannusteita. Ensinnäkin, kuntien ei kannata määrittää palvelusetelin arvoa niin korkeaksi, että maksukykyiset käyttäjät siirtyvät yksityiseltä sektorilta julkisen sektorin menoeräksi. Toisaalta, mikäli palvelusetelin arvo jää liian matalaksi, riittävän moni ei siirry palveluseteliasiakkaaksi, jotta kuntien oman tuotannon kuormittuminen oleellisesti helpottuisi. Toiseksi, setelituottajilla saattaa olla kannusteita määrittää palveluidensa hinta niin, että katteet ovat korkeat. Tällöin suuri omavastuuosuus jättää maksukyvyltään heikommat käyttäjät palvelusetelien ulkopuolelle. Kolmanneksi, vaikka palvelusetelistä pitäisi olla oikeus kieltäytyä, kunnat saattavat valita ulkoistettavat setelipalvelut strategisesti ja järjestää jäljelle jäävän oman tuotantonsa niin, että käytännössä palvelusetelin hyväksyminen on palvelua tarvitseville ainoa vaihtoehto. Kirjallisuus osoittaa, että palveluseleitä sovelletaan kuitenkin enimmäkseen tukipalveluissa eikä tärkeissä ydinpalveluissa, mikä ei anna osviittaa laajamittaisesta vastuun siirtämisestä (Heino, 2008). Tuottajien kannalta päätös setelituottajaksi ryhtymisestä on ainakin osittain kiinni hankkeen kannattavuudesta ja riskisyydestä, mikä saattaa osaltaan selittää tuottajapulaa tietyissä palveluissa. Missä määrin tämänkaltaisia haittavaikutuksia on toteutunut, ei ole tiedossa, sillä aiheeseen pureutuvaa tutkimustietoa ei ole saatavilla.

Kuten tilaaja-tuottajamallissa, kokonaistehokkuuden kannalta palvelusetelimalliin liitettyjen hyötyjen on oltava kustannuksia suuremmat. Tuottajapulaa jälkeen seuraavaksi suurin palvelusetelimalliin liitetty negatiivinen puoli on korkeat transaktiokustannukset (Kaskiharju & Seppänen, 2004; Volk & Laukkanen, 2007; Linnosmaa, ym., 2012). Parantamisen varaa raportoidaan olevan vastuunjaossa ja tiedon jakamisessa kunnan, tuottajan ja palvelusetelin käyttäjän välillä sekä kuntien puolelta palvelusetelituottajaksi ryhtymisen kannustamisessa ja opastamisessa (Volk &

Laukkanen, 2007; Linnosmaa, ym., 2012) Voisi olettaa, että mikäli helposti saatavilla olisi tietoa parhaista käytännöistä ja tukea mallin käyttöönottoon, sen omaksuminen olisi helpompaa ja siihen liitetyt transaktiokustannukset pienemmät. Volk ja Laukkanen esittivätkin vuonna 2007, että transaktiokustannuksia voitaisiin pienentää ja käytäntöjen kirjoa yhtenäistää järjestämällä palvelusetelimalli suurempien alueiden yhteistyönä. Näin mukaan saataisiin enemmän tuottajia, ja mallin käyttöönoton valmistelun, toteutuksen ja ylläpitoon liittyviä kustannuksia voitaisiin jakaa. (Volk & Laukkanen, 2007)

Koska palvelusetelimallia käytetään tänä päivänä suurimmassa osassa kunnista ja sitä sovelletaan yhä useammissa palveluissa, kokonaishyödyn voitaneen olettaa ylittävän haitat.

5 Johtopäätökset

Puolittaismarkkinoiden vetovoima perustuu oletukseen, että kilpailu luo paineita tehostaa tuotantoa. Puolittaismarkkinoilla hyödynnetään kilpailullisia elementtejä, mutta niin, että pyritään minimoimaan informaatio-ongelmat, epätäydellinen kilpailu, epäsuotuisat kannustinvaikutukset ja muita vapaaseen kilpailuun liittyviä ongelmakohtia. Tavoitteena on saavuttaa parannuksia tehokkuudessa, oikeudenmukaisuudessa, laadussa ja palveluiden käyttäjän tarpeisiin ja haluihin vastaamisessa.

Suomessa julkisen sektorin ostot yksityiseltä sektorilta ovat kasvaneet 2000-luvun alusta arviolta neljäsosaan kaikkien sosiaali- ja terveyspalveluiden tuotannosta. Toistaiseksi suosituimpia ostopalveluita ovat kunnan omaa tuotantoa tukevat ydinpalvelut, mutta myöskään laajojen palvelukokonaisuuksien kilpailuttaminen ei ole harvinaista. (Tynkkynen, 2013) Mitä enemmän ostoja suoritetaan, sitä enemmän markkinat houkuttelevat potentiaalisia tuottajia, mikä puolestaan lisää kilpailun mahdollisuuksia.

Tilaaaja-tuottaja-jako vaikuttaa yleistyneen sosiaali- ja terveydenhuollon markkinoilla ainakin näennäisesti, mutta teoreettinen "aito" tilaaja-tuottajamalli sen sijaan ei ole saanut jalansijaa. Malli oli suosionsa huipulla 2010-luvun alussa ja on sittemmin hiipunut. Yksi syy mallin epäonnistumiselle lienee siinä, että julkinen ja yksityinen tuotanto eivät kilpaile samoilla markkinoilla, mikä tarkoittaa, että kilpailun täyttää potentiaalia ei voida saavuttaa. Palvelusetelimalli sen sijaan on nykypäivänä käytössä valtaosassa kunnista.

Sen käyttö on laajentunut lainsäädännön rajoittamana ensin sosiaalihuollossa ja viime vuosina enenevässä määrin terveystalouksissa. Palvelusetelin haltijoiden lukumäärässä ja menojen arvossa mitattuna setelit kattavat vasta pienen prosentin kaikista palveluostoista, mutta vaikuttaisi siltä, että palvelusetelimallin kasvuun on markkinoilla sekä varaa että kiinnostusta.

Puolittaismarkkinoiden teoreettisista onnistumisen esteistä korostuvat suomalaisen aineiston valossa kolme: kilpailun puute, transaktiokustannusten eli järjestelmän muuttamiseen liittyvien kustannusten kohoaminen korkeammiksi kuin hyödyt, sekä tilaajan taidokkuus käyttäjän edustajana tai valinnanvapausmallissa käyttäjän valinnan mahdollisuuden toteutuminen. Yksi suurimmista kompastuskivistä vaikuttaisi olevan puutteellinen kilpailutilanne. Julkinen ja yksityinen tuotanto on eriytetty omille markkinoilleen; kilpailutus saattaa johtaa markkinoiden keskittymiseen ja paikallisten monopolien syntyyn; tai sitten tuottajia on liian vähän kilpailullisten markkinoiden syntymiseen. Epätäydellisen kilpailun ongelmasta ei siis olla päästy eroon. Taustalla vaikuttaa Suomen kuntien keskimäärin vähälukuinen väestöpohja. Tämä luo tilaaja-tuottajamallissa ongelman asiantuntevan henkilökunnan riittävyydestä erillisiin tilaaja- ja tuottajaorganisaatioihin (Kähkönen, 2007), mikä osaltaan vaikuttaa transaktiokustannusten suuruuteen. Kuntien kokemattomuus sopimisessa ja kilpailuttamisessa lisäävät kustannuksia kaikissa palveluiden ulkoistamista sisältävissä malleissa. Toimiminen paikallisista lähtökohdista ei lähtökohtaisesti edistä alueellisen eriarvoisuuden vähentämistä.

Tilaaja-tuottajamallin keskeisimpiin oletuksiin kuuluu, että tilaaja käyttäjän edustajana reagoi tämän tarpeisiin ja haluihin. Suomalaisen aineiston perusteella ei ole selvää, että tilaajataho tuntee nämä tarpeet hyvin tai pystyy niihin resurssiensa rajoissa reagoimaan. Tilaaja-tuottaja-jaon vaikutus hoidon saamisen nopeuteen on niin ikään epäselvä, sillä yhtäältä tarpeen arviointi saattaa hidastaa prosessia, ja toisaalta sopimustuottajien käyttäminen mahdollistaa uudenlaisten palveluiden tarjoamisen nopeasti (Mäkivirta, 2014). Käyttäjän kannalta tilaajan ja tuottajan eriyttäminen saattaa aiheuttaa epätoivottua pirstaleisuutta, mikäli vastuunjako ei ole selkeää ja toimintojen pilkkominen aiheuttaa hoitavien henkilöiden määrän lisääntymistä ja vaihtuvuutta (Kähkönen, 2007). Vaikuttaa siltä, että edustuksellisuus ei välttämättä paranna

käyttäjien asemaa, ja saattaa lisätä uusia informaatio-ongelmia joidenkin ratkaistujen tilalle.

Palvelusetelimallissa keskiössä ovat käyttäjien valinnan mahdollisuudet. Palvelusetelimallin myötä valinnan mahdollisuudet ovat parantuneet kaikilla, mutta ennen kaikkea niillä, joilla ei aiemmin ollut tulotason puolesta valinnanvaraa. Siinä missä palvelusetelimallin laaja levinneisyys tarkoittaa, että valinnan mahdollisuudet ovat parantuneet keskimäärin, eroavaisuudet palvelusetelin kattavuudessa ja asiakkaan maksuosuudessa saattavat asettaa palveluseteliin oikeutetut eriarvoiseen asemaan. Kun rahoitusratkaisut voivat vaihdella naapurikuntienkin välillä, voi palvelusetelin käyttö lisätä alueellista eriarvoisuutta.

Transaktiokustannusten on sekä tilaaja-tuottajamallissa että palvelusetelimallissa raportoitu olevan korkeita. Koska tarkkoja rahallisia arvioita hyötyjen ja haittojen suhteesta ei ole saatavilla, on mallien suoriutumista arvioitava muilla kriteereillä. Siitä, että tilaaja-tuottajamallia ei enää tällä nimellä käytetä, voisi päätellä, että tilaaja-tuottajamalli ei sellaisenaan sovellu Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon markkinoille. Vaikka malli ei suoraan käänny teoriasta käytäntöön, ovat sen opit sopimisessa ja ostoissa tarvittavasta osaamisesta arvokkaita. Yleistynyt palvelusetelimalli sen sijaan vaikuttaa soveltuvan paremmin Suomen oloihin. Paikallisten käytäntöjen yhtenäistäminen kansallisesti ja parhaiden käytäntöjen jakaminen voisivat auttaa mallin leviämistä ja sen merkittävyyden kasvua entisestään. Joustavuus ja kyky vastata paikallisiin tarpeisiin ovat tosin yksi palvelusetelimallin kulmakivistä, jota ei tule liiaksi nakertaa. Vaikka seteleiden käyttökohteiden monipuolistuminen osoittaa, että mallia voidaan soveltaa laajasti erilaisissa sosiaali- ja terveyspalveluissa, viime kädessä palvelusetelimalli soveltuu parhaiten kiireettömien, rutiininomaisten ja jossakin määrin ennakoitavien tarpeiden täyttämiseen. Tämä tarkoittaa, että erilaisia järjestelyitä tarvitaan kiireellisiin, monimutkaisiin ja luottamuksellista hoitosuhdetta vaativiin tapauksiin.

Tilaaja-tuottajamallista ja palvelusetelimallista on käyty Suomessa jo kauan keskustelua, mutta varsinaista analyysiä Suomen kokeiluista on vain vähän. Kun kokemuksia ei ole systemaattisesti ja kattavasti tutkittu, on vaikea vetää pitkälle vietyjä johtopäätöksiä mallien tehokkuudesta, oikeudenmukaisuudesta tai kilpailullisuuden vaikutuksista. Yleiskuvan kartoittaminen helpottuisi, mikäli tietoa käytössä olevista palveluiden

järjestämistavoista kerättäisiin keskitetysti. Taloudellisten arvioiden tekemistä auttaisi, jos palveluiden järjestämisvastuussa olevat kunnat pitäisivät yksityiskohtaisemmin kirjaa menoistaan. Tämä vaatisi tuotteistamisen ja kustannustietoisuuden parantamista. Kaiken kaikkiaan järjestelmälliselle akateemiselle tutkimukselle olisi tilausta nykyisten satunnaisten tutkimusten rinnalla.

6 Yhteenveto

Tässä tutkielmassa olen kirjallisuuskatsauksen pohjalta selvittänyt, soveltuvatko tilaaja-tuottajamalli ja palvelusetelimalli sosiaali- ja terveystaloudellisten palveluiden järjestämis- ja tuottamismuodoiksi Suomessa. Palvelusetelimallin kohdalla lyhyt vastaus on myönteinen – useimmat kunnista käyttävät palveluseteliä. Tilaaja-tuottajamalli sen sijaan ei vaikuta soveltuvan Suomen oloihin sellaisenaan. Teoreettista mallia aidoimmillaan, jolloin julkinen ja yksityinen tuotanto asetetaan kilpailemaan keskenään, on kokeiltu Suomessa tuskin ollenkaan. Vaikka tilaaja-tuottajakokeilut tällä nimellä ovat loppuneet, tilaajan ja tuottajan eriyttäminen jatkuu edelleen etenkin kuntien ostaessa palveluita oman tuotantonsa ulkopuolelta, jolloin opit omien kustannusten paremmasta tuntemuksesta sekä kilpailuttamisessa ja sopimisessa tarvittavista taidoista tulevat tarpeeseen.

Tilaaja-tuottajamallin ja palvelusetelimallin kaltaiset puolittaismarkkinoiden sovellutukset lupailevat kilpailun hyviä puolia ilman vapaaseen kilpailuun liittyviä markkinahäiriöitä. Kun terveystaloudellisten palveluiden kysyntä on kasvusuunnassa mutta kulujen ei olisi enää varaa kasvaa, ajatus julkista monopolituotantoa tehokkaammasta ja joustavammasta palveluiden järjestämistavasta houkuttelee. Suomalaisen aineiston perusteella ei kuitenkaan ole selvää, että uudet mallit pystyvät välttämään epätäydellisen kilpailun ja informaatio-ongelmien muodostamat kompastuskivet. Pienten kuntien maassa yhteistyöllä ja hyvien käytäntöjen kehittämisellä ja levittämisellä on keskeinen rooli siinä, että muutoksilla saatetaan saavuttaa kustannussäästöjen ja alueellisen tasa-arvoisuuden kaltaisia tavoitteita.

Kirjallisuus ja aineisto

569/2009, 2009. *Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä.*

Armstrong, M. & Sappington, D. E., 2006. Regulation, competition and liberalization. *Journal of economic literature*, 44(2), s. 325-366.

Aronen, K., Järviö, M. L., Luoma, K. & Rätty, T., 2001. *Yhteistyöllä ja kilpaillen - Peruspalvelut 2000-tutkimusraportti*, Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus.

Arrow, K., 1963. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 53(5), s. 941-973.

Barr, N., 1992. Economic theory and the welfare state: a survey and interpretation. *Journal of Economic Literature*, s. 741-803.

Barr, N., 2004. *Economics of the welfare state*. Oxford: Oxford University Press.

Bartlett, W. & Le Grand, J., 1993. The theory of quasi-markets. Teoksessa: *Quasi-markets and social policy*. London: Palgrave Macmillan, s. 13-34.

Chalkley, M. & Malcomson, J., 2000. Chapter 15. Government purchasing of health services. Teoksessa: *Handbook of Health Economics, Vol. 1A*. Elsevier, s. 847-890.

Dulleck, U. & Kerschbamer, R., 2006. On doctors, mechanics, and computer specialists: The economics of credence goods. *Journal of Economic literature*, 44(1), s. 5-42.

Einav, L. & Finkelstein, A., 2011. Selection in insurance markets: Theory and empirics in pictures. *Journal of Economic Perspectives*, 25(1), s. 115-38.

Einav, L. & Finkelstein, A., 2017. Moral Hazard in Health Insurance: What We Know and How We Know It. *Journal of the European Economic Association*.

Einav, L. & Levin, J., 2015. Managed competition in health insurance. *Journal of the European Economic Association*, 13(6), s. 998-1021.

Gaynor, M., 2006. Competition and quality in health care markets. *Foundations and Trends in Microeconomics*: 2, s. 441-508.

Häkkinen, U., 2005. The impact of changes in Finland's health care system. *Health economics*, 14(S1), s. S101-S118.

HE 108/2016, 2016. *Hallituksen esitys eduskunnalle hankintamenettelyä koskevaksi lainsäädännöksi.*

HE 15/2017, 2017. *Hallituksen esitys eduskunnalle maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi.*

HE 90/2010, 2010. *Hallituksen esitys eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain muuttamiseksi.*

Heino, M., 2008. *Näennäismarkkinat vaihtoehtona sosiaali- ja vanhustenhuollossa. Varsinais-Suomen pienten kuntien avainhenkilöiden ja tuottajien suhtautuminen näennäismarkkinoihin ja palvelutuotannon tilastollinen kuva.*, Turku: Turun ammattikorkeakoulun tutkimuksia, 27.

- Jääskeläinen, J. & Tukiainen, J., 2019. *Anatomy of public procurement*. VATT Institute for Economic Research Working Papers, 118.
- Jonsson, P., Syrjä, V., Pohjola, P., Liukko, E., Kovasin, M., Hetemaa, T., Parhiala, K. & Koivisto, J., 2016. *Tilaaaja-tuottajamallin käytöstä Suomessa ja eräissä Euroopan maissa*, Reformit –yksikkö 13.12.2016: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Junnila, M., Aho, T., Fredriksson, S., Keskimäki, I., Lehto, J., Linna, M., Miettinen, S. & Tynkkynen, L-K., 2012. *Sitä saa mitä tilaa. Tilaaaja-tuottaja-toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveyspalveluissa*, Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Junnila, M., Hietapakka, L. & Whellams, A., 2016. *Hallintoalalaisesta aktiiviseksi valitsijaksi: Valinnanvapauden muotoutuminen sote-palveluissa*, THL Raportti 11/2016.
- Kähkönen, L., 2007. *Näennäismarkkinoiden tehokkuuden rajoitteet ja mahdollisuudet paikallishallinnon palveluissa*. Tampere University Press.
- Kaskiharju, E. & Seppänen, M., 2004. *Vaihtoehtona palveluseteli – Lahden seudun viiden kunnan palvelusetelikokeilu*, Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004: 8.
- Le Grand, J., 2007. *The other invisible hand. Delivering Public Services through Choice and Competition*. Princeton: Princeton University Press.
- Le Grand, J. & Bartlett, W., 1993. Quasi-markets and social policy: the way forward?. Teoksessa: *Quasi-markets and social policy*. London: Palgrave Macmillan, s. 202-220.
- Le Grand, J. & Bartlett, W., 1993. Introduction. Teoksessa: *Quasi-markets and social policy*. London: The Macmillian Press, s. 1-12.
- Linnosmaa, I., Seppälä, T., Klavus, J. & Oksanen, T., 2012. Palvelusetelit sosiaalipalveluissa: Tuloksia Helsingin kaupungin palveluseteleistä sekä tuottajien palvelusetelikokemuksista. Teoksessa: *Palvelusetelit sosiaalipalveluissa*. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampereen yliopistopaino Oy, s. 7-41.
- Lith, P., 2013. *Yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut. Raportti yksityisestä palvelutarjonnasta ja yritysten kasvusta sekä julkisista hankinnoista ja toiminnan kehittämisestä sosiaali- ja terveyspalveluissa*, Työ- ja elinkeinoministeriön TEM raportteja 34/2013.
- Mäkivirta, L., 2014. *Näennäismarkkinoiden toimivuus tilaaaja-tuottajamallissa. Case: Tampereen ja Hämeenlinnan ikäihmisten palvelut*. Tampereen yliopisto.
- McGuire, T., 2000. Physician Agency. Teoksessa: *Handbook of Health Economics. Vol. 1A*. Amsterdam: Elsevier.
- Nemlander, A. & Sjöholm, M., 2015. *Selvitys palveluseteleiden käytöstä kuntien ja yhteistoiminta-alueiden sosiaali- ja terveyspalveluissa sekä päivähoitossa - tilanne vuoden 2015 toukokuussa*. Kuntaliitto.
- Nemlander, A. & Sjöholm, M., 2018. *Selvitys palveluseteleiden käytöstä kuntien ja yhteistoiminta-alueiden sosiaali- ja terveyspalveluissa - tilanne vuoden 2018 lokakuussa*. Kuntaliitto.
- Pitkänen, V. & Pekola, P., 2016. *Valinnanvapaus ja kilpailu terveyspalveluissa. Kansainväliset käytännöt, talousteoriat ja empiiriset tutkimukset*. Kelan tutkimus. Työpapereita 86/2016.
- Räty, T., Luoma, K. & Aronen, P., 2004. *Palvelusetelit kuntien sosiaalipalveluissa*, Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus.

- Rice, N. & Smith, P. C., 2001. Capitation and risk adjustment in health care financing: an international progress report. *The Milbank Quarterly*, 79(1), s. 81-113.
- Robinson, J., 2001. Theory and practice in the design of physician payment incentives. *The Milbank Quarterly*, 79(2), s. 149-177.
- Shleifer, A., 1998. State versus Private Ownership. *Journal of Economic Perspectives*, 12(4), s. 133-150.
- STM, 2019. *Palvelujen menot ja rahoitus*. [Online]
Saataavilla: <https://stm.fi/talous-ja-toiminta/palvelujen-menot-ja-rahoitus>
- THL, 2018. *Terveystieteiden tutkimuskeskus 2016*, Terveystieteiden- ja hyvinvoinnin laitos, Tilastoraportti 20/2018.
- THL, 2019. *Sosiaali- ja terveystieteiden palvelusetelimenot yhteensä, 1 000 euroa (2015-) (ind. 241)*. [Online] Saataavilla: sotkanet.fi [Haettu 27.10.2019].
- Tynkkynen, L. K., 2013. *Towards Partnership? Studies on public-private collaboration in health and elderly care services in Finland. Academic dissertation*. Tampere: Tampere University Press.
- Tynkkynen, L. K., Chydenius, M., Saloranta, A. & Keskimäki, I., 2016. Expanding choice of primary care in Finland: much debate but little change so far. *Health policy*, 120(3), s. 227-234.
- Tynkkynen, L. K., Keskimäki, I. & Lehto, J., 2013. Purchaser-provider splits in health care - The case of Finland. *Health Policy*, 111(3), s. 221-225.
- VATT, 1995. *Hyvinvointipalvelut – kilpailua ja valinnanvapautta*. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus.
- Victoor, A., Delnoij, D. M., Friele, R. D. & Rademakers, J. J., 2012. Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. *BMC health services research*, 12(1), 272.
- Volk, R. & Laukkanen, T., 2007. *Palvelusetelin käyttö kunnissa*, Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:38.
- Zweifel, P., Breyer, F. & Kifmann, M., 2009. *Health economics (2nd ed.)*. Dordrecht: New York: Springer.